

記入例

証明書発行依頼書

申請者記入用

令和 年 月 日
依頼日 0 6 0 1 0 8

被保険者情報	記号	1 0 0 1	番号	0 0 0 0	生年月日	年 月 日	
	被保険者等 (右づめ)				<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	4 1 0 1 0 1	
	氏名・印	(フリガナ) ケンポ タロウ 健保 太郎					
	住所	(〒 105-0000) 東京都〇〇区〇〇町1-2-3 〇〇マンション〇〇号室					
電話番号 (日中の連絡先)	TEL: 03-1234-1234						

下記についての証明をお願いいたします。

※該当に✓印のうえ必要事項をご記入ください。

証明内容	証明の種類	提出先	目的	備考
<input checked="" type="checkbox"/>	資格喪失証明書 (退職したとき)	東京都〇〇区役所	<input checked="" type="checkbox"/> 国保加入のため <input type="checkbox"/> 他保険加入のため <input type="checkbox"/> その他	
<input checked="" type="checkbox"/>	資格喪失証明書 (被扶養者を削除したとき)	東京都〇〇区役所	<input checked="" type="checkbox"/> 国保加入のため <input type="checkbox"/> 他保険加入のため <input type="checkbox"/> その他	(証明対象被扶養者名) 健保 花子
<input checked="" type="checkbox"/>	健康保険加入証明書	△△大学附属病院	入院手続きのため	遠方で保険証不携帯のまま入院となり保険証の提示ができないため
<input checked="" type="checkbox"/>	健康保険料納付証明書	東京都〇〇税務署	<input checked="" type="checkbox"/> 確定申告のため <input type="checkbox"/> その他	令和 年 月 0 6 0 1 分から 0 6 1 2 分まで
<input checked="" type="checkbox"/>	保険給付費支払額証明書 (高額療養費・付加給付金等)	東京都〇〇税務署	<input checked="" type="checkbox"/> 確定申告のため <input type="checkbox"/> その他	令和 年 月 0 6 0 1 分から 0 6 1 2 分まで
<input checked="" type="checkbox"/>	付加給付内容証明書	東京都〇〇区役所	<input checked="" type="checkbox"/> 医療費助成に必要 <input type="checkbox"/> その他	
<input checked="" type="checkbox"/>	その他の証明書※上記以外の証明書が必要な場合はその内容、目的欄でその他を選択した方は使用目的をご記入ください。			

受付日付印