

健康保険資格証明願

被 保 険 者	氏 名	男・女		記 号		
	生年月日	昭和・平成 年 月 日		番 号		
	資 格	取 得	昭和 年 月 日			
		喪 失	平成 年 月 日			
勤 務 先	名 称					
	所 在 地					
被 扶 養 者	氏 名	生 年 月 日	続 柄	認 定 年 月 日	削 除 年 月 日	
		昭和・平成 ・		昭和・平成 ・	平成 ・	
		昭和・平成 ・		昭和・平成 ・	平成 ・	
		昭和・平成 ・		昭和・平成 ・	平成 ・	
		昭和・平成 ・		昭和・平成 ・	平成 ・	
申 請 理 由						
<p>うえのことを証明願います。</p> <p style="text-align: center;">平成 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">住 所 〒 _____</p> <p style="text-align: center;">申 請 人 _____</p> <p style="text-align: center;">氏 名 _____ (印)</p> <p style="text-align: center;">東京貨物運送健康保険組合理事長 殿</p>						

上記のとおり相違ないことを証明いたします。

平成 年 月 日

交付番号 第 _____ 号

係 長	係 扱 者

名 称 東京貨物運送健康保険組合
 所 在 地 東京都新宿区四谷1丁目23番地
 理 事 長 浅井 隆