

健康保険 資格証明申請書

--	--	--	--

川崎汽船健康保険組合理事長 殿

提出日 令和 年 月 日

被保険者証 記号・番号	記号	番号	被保険者 フリガナ 氏名	印
被保険者の 住所	〒			
事業所名称 (勤務先)				
証明書 の提出先				
証明書 の 使用目的	<p>＜資格証明として使用＞</p> <p><input type="checkbox"/> 被保険者証を所持していないときに、病院等で治療を受ける必要がある場合 (受診予定日 月 日)</p> <p><input type="checkbox"/> 国民健康保険の脱退手続きのため</p> <p><input type="checkbox"/> 国民年金第3号被保険者の手続きのため</p> <p><input type="checkbox"/> その他 (理由 _____)</p> <p>＜資格喪失証明として使用＞</p> <p><input type="checkbox"/> 国民健康保険の加入手続きのため</p> <p><input type="checkbox"/> 直接支払制度で 資格喪失後の出産育児一時金を受けるため</p> <p><input type="checkbox"/> その他 (理由 _____)</p>			
被 扶 養 者	フリガナ 氏名			
	生年月日	昭和 平成 令和 年 月 日	昭和 平成 令和 年 月 日	昭和 平成 令和 年 月 日
	本人との 続柄			

【注意事項】

- ① 当健保組合の被保険者または被保険者であった方が、手続きのため「資格証明書」「資格喪失証明書」を必要とするときに申請してください。
- ② 被扶養者または被扶養者であった方の証明もあわせて必要なときは、対象となる方の氏名等を被扶養者欄に記入して申請してください。
- ③ 証明書の提出先を記入し、使用目的は該当する□にチェックを入れてください。適当なものがない場合はその他を選び、理由を簡単に記入してください。
- ④ 「資格証明書」の有効期間は原則として交付日から15日間です。有効期間経過後（有効期間内であっても被保険者証が交付されたときは）「資格証明書」は事業主または健保組合へ返納してください。

申請者が被保険者ではないとき 記入してください。

申請者の住所・氏名
印
【被保険者との関係】

受付日付印