

記入例

健康保険 証明書発行願

カープ健康保険組合（神戸）

同年月日

令和 年 月 日

常務理事

事務長

係

交付

健保組合使用欄

以下のうち該当のものにチェックを入れてください

必要な具体的な理由

☐ 資格喪失証明書

☐ 資格情報のお知らせ

被保険者等  
記号・番号

記 号

番 号

被保険者  
氏 名

被保険者の  
生年月日

平成  
令和

年 月 日

資格取得年月日

平成  
令和

年 月 日

資格喪失年月日

平成  
令和

年 月 日

被保険者の  
現 住 所

「資格情報のお知らせ」の発行を希望する場合のみ記入

府 県

〒

被保険者が退職等資格を喪失している場合のみ記入  
喪失日は、退職日の翌日

( )

この証明の  
対象となる者

氏 名

生 年 月 日

続 柄

昭和  
平成  
令和

年 月 日

日

日

平成  
令和  
昭和  
平成  
令和

年 月 日

年 月 日

本申請の対象者について記入ください  
本人の場合は「本人」のみで可  
ご家族については、すべてご記入ください

令和 年 月 日 提出

令和 年 月 日

所 在 地

事業所 名 称

事業主氏名

健保組合受付年月日印