

健康保険 被保険者資格 取得・喪失 / 被扶養者 認定・削除 証明申請書

※ もれのないように被保険者がすべて記入してください。

被保険者氏名 (申請者)		記号・番号	
被保険者住所	〒 - TEL ()		
生年月日	昭和・平成 年 月 日		
取得・喪失・削除年月日	平成・令和 年 月 日		
証明を必要とする 被扶養者の 氏名・続柄	氏名		続柄 ()
	氏名		続柄 ()
	氏名		続柄 ()
事業所名			
事業所所在地	〒 - TEL ()		

証明書を必要とする理由	

証明書の提出先	(市町村名) 国民健康保険 健康保険組合
	協会健保 共済組合
	年金事務所

大阪装粧健康保険組合 殿

上記のとおり申請します。

令和 年 月 日

〒 -

住所 _____

被保険者
(申請者)

氏名 _____

電話 () _____

※ 個人情報保護法の規定により、申請者(被保険者)を確認できる運転免許証等(写)を添付してください。