

健康保険被扶養者証明書発行願

日本貨物検数健康保険組合
御中

伺年月日		令和 年 月 日		常務理事	事務長	係
交付年月日		令和 年 月 日				

証明書の種類 ＊必要な証明書に✓をいれてください			必要な具体的な理由			
☐ 健康保険取得証明書						
☐ 健康保険喪失証明書						

被保険者証 の記号番号	記号		フリガナ	被保険者氏名 ⑩		
	番号					
被扶養者の有無	有 ・ 無		生年月日	昭和 年 月 日 平成		
資格取得年月日	昭和 平成 令和 年 月 日		資格喪失年月日	昭和 平成 令和 年 月 日		
フリガナ						
被保険者の 現住所	〒 都道府県 Tel ()					
この証明の 対象となる者	氏名	性別	生年月日	続柄		
		男・女	S H R 年 月 日			
		男・女	S H R 年 月 日			
		男・女	S H R 年 月 日			
		男・女	S H R 年 月 日			
		男・女	S H R 年 月 日			
		男・女	S H R 年 月 日			
証明書の発送先	事業所 ・ 自 宅 ・ その他		〒			

令和 年 月 日 提出

日本貨物検数健康保険組合

令和 年 月 日	
所在地	
事業所名称	
事業主氏名	⑩

受付日付印

【収集する個人情報について】
本発行願に記入された個人情報は、本発行願に係る業務処理の目的にのみ使用し、他の目的には使用いたしません。