健康保険資格証明申請書

日本交通健康保険組合
ＦＡＸ：03-. 3846-5877

被保険者の記号・番号	記号　　番号
被保険者の氏名	
被保険者の生年月日	昭和　・　平成　　年　　月　　日
被保険者の住所及び電話番号	〒 ＴＥＬ　　（　　）
事業所の名称	
証明書の提出先	
証明書の使用目的	□　国民健康保険の加入手続きのため（資格喪失日の証明）　□　国民健康保険等の脱退手続きのため □　国民年金第３号被保険者の手続きのため　□　個人タクシー申請のため □　その他（　　）
資格証明書回収について（退職の方のみ記入）	資格証明書回収日　（　　年　　月　　日）　営業所担当者　（　　） 退職日（　　年　　月　　日）　※資格証明書は営業所で必ず回収してください。
申請書記載の年月日	年　　月　　日
受取方法	□　直接来局　□　営業所便　□　自宅

被扶養者	氏　　名	続　柄	氏　　名	続　柄

『注意事項』

１．被扶養者の証明について必要な場合は「被扶養者欄」も記載してください。

２．使用目的・受取方法は、□に✔を記入してください。

３．退職者以外は自宅郵送出来ませんのでご了承ください。

４．ＦＡＸ送信した場合、原本を健保あてに送付する必要はありません。

受付印