

健康保険資格証明申請書

日本交通健康保険組合

F A X : 03-3846-5877

被保険者証の記号・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	<input type="checkbox"/> 国民健康保険の加入手続きのため（資格喪失日の証明） <input type="checkbox"/> 国民年金第3号被保険者の手続きのため <input type="checkbox"/> その他（ ） <input type="checkbox"/> 国民健康保険等の脱退手続きのため <input type="checkbox"/> 個人タクシー申請のため				
保険証回収について (退職の方のみ記入)	保険証回収日 (年 月 日) 営業所担当者 () 退職日 (年 月 日) ※保険証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	<input type="checkbox"/> 直接来局 <input type="checkbox"/> 営業所便 <input type="checkbox"/> 自宅				

	氏名	続柄	氏名	続柄
被扶養者				

『注意事項』

- 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。
- 使用目的・受取方法は、□に✓を記入してください
- 退職者以外は自宅郵送出来ませんのでご了承ください。
- FAX送信した場合、原本は必要ありません。

