

常務理事	事務長	課長	係

巨樹の会健康保険組合 宛

各種証明書 ・ 医療費のお知らせ 発行願

(※希望するものに✓して下さい[同時選択可])

下記の通り、発行して頂きますようお願い致します。

被保険者番号 <small>※発行する証明書種類①は記載不要</small>		事業所名		職員番号	
被保険者氏名	(フリガナ)			自署の場合は押印を省略できます	
	⑨				
生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 ・ <input type="checkbox"/> 平成 ・ <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日				
資格取得(喪失) 年月日	<input type="checkbox"/> 平成 年 月 日		※証明書①の場合は入職日を記入して下さい		
	<input type="checkbox"/> 令和		※証明書②の場合は退職日を記入して下さい		
	※証明書③④の場合は記入不要です				
送付希望先住所	〒 — ※現在住んでいる住所を記載してください				
連絡先電話番号	<input type="checkbox"/> 自宅 ・ <input type="checkbox"/> 携帯 — —				
発行する証明書 ※該当する箇所に ✓してください [複数選択可]	<input type="checkbox"/> ①健康保険資格取得証明書		※資格取得日のみ記載		
	<input type="checkbox"/> ②健康保険資格喪失(削除)証明書		※資格取得日・資格喪失日記載		
	<input type="checkbox"/> ③健康保険料受領証明書		※任意継続被保険者のみ該当		
	<input type="checkbox"/> ④医療費のお知らせ		(<input type="checkbox"/> 平成 ・ <input type="checkbox"/> 令和 年分)		
注意>当該証明の内容は、発効日現在で健康保険組合に「給付費請求のあったもののみ」となります					
証明対象者 ※上記証明書①～③の 場合に✓してください	<input type="checkbox"/> 1. 被保険者及び全扶養者		<input type="checkbox"/> 2. 個別被扶養者(下記のとおり)		
	※続柄欄には「長男」「次女」「実父」「義母」等、詳細で記入して下さい				
	指定対象者	氏名 (フリガナ)	続柄	生年月日	年 月 日
	※1.の場合 は記載 略可	氏名 (フリガナ)	続柄	生年月日	年 月 日
	氏名 (フリガナ)	続柄	生年月日	年 月 日	
上記証明書の使用目的 ※該当する箇所に✓を してください [複数選択可]	<input type="checkbox"/> 国民健康保険加入の為				
	<input type="checkbox"/> 国民健康保険脱退の為				
	<input type="checkbox"/> ()の扶養に入る為				
	<input type="checkbox"/> 加入期間の証明書を()に提出の為				
	<input type="checkbox"/> 出産育児一時金(直接支払制度)のため				
	<input type="checkbox"/> 確定申告で使用する為				
<input type="checkbox"/> その他()					

○何かございましたら、巨樹の会健康保険組合適用課(0954-38-2888)までお問い合わせ下さい。

受付日付印

【郵送先】 〒843-0024 佐賀県武雄市武雄町大字富岡12628

巨樹の会健康保険組合 適用課 宛