

兼松連合健康保険組合理事長 殿

健康保険資格（取得・喪失）証明願

被保険者証の記号-番号	—
事業所名	
被保険者氏名 (申請者氏名)	申請者が被保険者以外の方の場合 被保険者との続柄 ()
※ ₁ 被保険者(申請者)の住所 連絡先電話番号	〒 TEL

※1 資格喪失証明書を希望される方は退職後の住所または希望送付先の住所をご記入ください。

下記の事由により、資格（取得・喪失）証明をお願いいたします。

記

【事由】（該当に○）

1. 国民健康保険等（加入・脱退）のため
2. 国民年金被保険者種別確認申請のため
3. その他 ()

【証明が必要な方】（該当に○）

1. 被保険者・被扶養者全員
2. 配偶者のみ（配偶者氏名 _____）
3. その他 ()

【提出先】（提出先あてに証明書を発行いたしますので必ずご記入ください。）

1. _____ 市・区・町・村
2. _____ 年金事務所
3. その他 ()

◎ 所定の用紙に証明が必要な場合は、この証明願いに添付してください。