

兼松連合健康保険組合理事長 殿

健康保険任意継続被保険者資格（取得・喪失）証明願

| | |
|--------------------|----------|
| 健康保険の記号-番号 | 5 0 0 ー |
| 被保険者氏名 | |
| 被保険者の住所 連絡先電話番号 | 〒 TEL |

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】

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。