

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 ( )
被保険者(申請者)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。