令和　　年　　月　　日

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 | 〒　　℡ |

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。