

# 健康保険資格証明願

被 保 険 者	氏 名	男・女	記 号		
	生年月日	昭和・平成	年 月 日	番 号	
	資 格	取 得	昭 和 平 成 令 和	年 月 日	
		喪 失	令 和	年 月 日	
勤 務 先	名 称				
	所 在 地				

被 扶 養 者	氏 名	生 年 月 日	続 柄	認 定 年 月 日	削 除 年 月 日
		昭和・平成・令和 ・ .		昭和・平成・令和 ・ .	令和 ・ .
		昭和・平成・令和 ・ .		昭和・平成・令和 ・ .	令和 ・ .
		昭和・平成・令和 ・ .		昭和・平成・令和 ・ .	令和 ・ .
		昭和・平成・令和 ・ .		昭和・平成・令和 ・ .	令和 ・ .

申 請 理 由	
---------	--

うえのことを証明願います。

令和 年 月 日

住 所 〒 \_\_\_\_\_

申 請 人 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_

東京貨物運送健康保険組合理事長 殿

上記のとおり相違ないことを証明いたします。

令和 年 月 日

交付番号 第 \_\_\_\_\_ 号

係 長	係扱者

名 称 東京貨物運送健康保険組合

所 在 地 東京都新宿区四谷1丁目23番地

理 事 長 浅井 隆