常務理事			担当者

健康保険　各 種 証 明 願

被保険者（申請者）情報

	記号	番号	事業所の名称	記号番号が分からない場合はマイナンバーを記入してください
被保険者等記号・番号（左づめ）				

氏名	（フリガナ）	生年月日	□ 昭和　□ 平成　□ 令和　年　月　日
住所	（〒　　－　　） 都 道 府 県		
電話番号（日中の連絡先）	TEL　（　　）		

□ 本申請書の提出を事業主へ委任します。（委任する場合は☑）

下記の証明が必要な項目についてご記入ください。

証明が必要な項目

証明が必要な方	□事業所 □被保険者 □被扶養者　：氏名（　　）　続柄（　　） ：氏名（　　）　続柄（　　）
証明内容（いずれかに○をご記入ください）	1. 健康保険加入証明書 2. 健康保険脱退証明書 3. 任意継続保険料の払込証明書 4. 給付支給履歴証明書（ 給付内容:　　） 5. その他（　　）
証明が必要な期間	自　昭和 平成 令和　年　月　日　至　昭和 平成 令和　年　月　日

申請理由

具体的にご記入ください	

（R6.12）

上記の証明書の交付を申請します。　令和　年　月　日

受付日付印

福井県自動車販売整備健康保険組合