

常務理事	事務長	事務長補佐	係

池友会健康保険組合 宛

各種証明書 ・ 医療費のお知らせ 発行願

(※希望するものに✓して下さい[同時選択可])

下記の通り、発行して頂きますようお願い致します。

被保険者番号 <small>※発行する証明書種類①は記載不要</small>		事業所名		職員番号		
被保険者氏名	(フリガナ)			事業所 確認印 ⑩	発行する証明書種類④以外の場合 は、この欄に事業所担当者等から必ず押印を受けて下さい。	
生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 ・ <input type="checkbox"/> 平成 ・ <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日					
資格取得(喪失) 年月日	<input type="checkbox"/> 平成 年 月 日 <input type="checkbox"/> 令和			※証明書①の場合は入職日を記入して下さい ※証明書②③の場合は退職日の翌日を記入して下さい ※証明書④⑤の場合は記入不要です		
送付希望先住所	※組合届出住所と異なる場合のみご記入ください 〒 -					
連絡先電話番号	<input type="checkbox"/> 自宅 ・ <input type="checkbox"/> 携帯 - -					
発行する証明書 ※該当する箇所に ✓してください [複数選択可]	<input type="checkbox"/> ①健康保険資格取得証明書		※資格取得日のみ記載			
	<input type="checkbox"/> ②健康保険資格喪失(削除)証明書		※資格喪失日のみ記載			
	<input type="checkbox"/> ③健康保険資格取得喪失証明書		※資格取得日・資格喪失日記載			
	<input type="checkbox"/> ④健康保険料受領証明書 (証明期間: H・R 年分 ・ H・R 年分)		※任意継続被保険者のみ該当			
	<input type="checkbox"/> ⑤医療費のお知らせ (<input type="checkbox"/> 平成 ・ <input type="checkbox"/> 令和 年分)		注意>当該証明の内容は、発効日現在で健康保険組合に「給付費請求のあったもののみ」となります			
証明対象者 ※上記証明書①～③の 場合に✓してください	<input type="checkbox"/> 1. 被保険者及び全扶養者		<input type="checkbox"/> 2. 個別被扶養者(下記のとおり)			
	指定 対象者	※続柄欄には「長男」「次女」「実父」「義母」等、詳細で記入して下さい				
		氏名	(フリガナ)	続柄	生年月日	年 月 日
		氏名	(フリガナ)	続柄	生年月日	年 月 日
※1.の場合 は記載 略可	氏名	(フリガナ)	続柄	生年月日	年 月 日	
上記証明書の使用目的 ※該当する箇所に✓を してください [複数選択可]	<input type="checkbox"/> 国民健康保険加入の為					
	<input type="checkbox"/> 国民健康保険脱退の為					
	<input type="checkbox"/> ()の扶養に入る為					
	<input type="checkbox"/> 加入期間の証明書を()に提出の為					
	<input type="checkbox"/> 出産育児一時金(直接支払制度)のため					
	<input type="checkbox"/> 確定申告で使用する為					
<input type="checkbox"/> その他()						

○何かございましたら、池友会健康保険組合適用課(092-687-5577)までお問い合わせ下さい。

受付日付印

【郵送先】 〒811-0213 福岡市東区和白丘2丁目11番17号 2階
池友会健康保険組合 適用課 宛