

配偶者からの暴力の被害者の保護に関する証明書

(フリガナ) 氏 名 (※ 1)				男 ・ 女
生 年 月 日	昭 ・ 平	年	月	日
(フリガナ) 同 伴 者 氏 名 (※ 2)				男 ・ 女
生 年 月 日	昭 ・ 平	年	月	日
被保険者の住所 (従 来 の 住 所)				
現 住 所 (※ 3)				
被 保 険 者 記 号 番 号 (※ 4)	記 号		番 号	
被 保 険 者 氏 名				
被 保 険 者 生 年 月 日	昭 ・ 平	年	月	日
被 保 険 者 の 勤 務 する 事 業 所 名				

上記の者は、配偶者からの暴力のため、保護が必要であると認められる者であることを証明する。

年 月 日

婦人相談所の名称

代表者名

所在地

電話番号

- ※ 1 配偶者からの暴力の被害を受けている者の氏名を記入すること。
- ※ 2 配偶者からの暴力の被害を受けている者に子どもなどの同伴者がいる場合には、その者の氏名を記入すること。
- ※ 3 記載することに支障がある場合は空欄でもかなわないこととする。
- ※ 4 不明である場合は空欄にすること。
- ※ 5 この証明書は、婦人相談所が作成し、配偶者からの暴力の被害を受けている者に交付するものであり、被扶養者等は、医療保険者に被扶養者認定を外す等の申請を行う際に、この証明書を添付することとなる。

令和 年 月 日

御中

大阪市北区中之島 3-2-4
大建工業健康保険組合
理事長 郷原 秀樹

被保険者証の訂正が必要な被保険者の通知および依頼

下記の者については、被保険者証の記載事項に訂正の必要があり、被保険者本人には別途通知しましたので、被保険者から被保険者証の提出があった際には、速やかに当健康保険組合あてへ提出されるようお願いします。

記

(フリガナ)					男・女
被 保 険 者 氏 名					
生 年 月 日	昭・平 年 月 日				
被 保 険 者 証 記 号 番 号	記 号		番 号		

以上

令和 年 月 日

殿

大阪市北区中之島 3-2-4
大建工業健康保険組合
理事長 郷原 秀樹

被扶養者抹消の通知および被保険者証の返納要請

貴方の被扶養者であった下記の者は、健康保険法第 3 条に規定する「被扶養者」に該当しなくなりましたので、当健康保険組合において、あなたの扶養から本日付をもって外しましたので お知らせします。

なお、これまでの被扶養者分の健康保険被保険者証は、同日以降無効となります。

貴方が下記の者の健康保険被保険者証をお持ちの場合は、事業主（会社）を通じて、または、健康保険組合へ直接、速やかに返納ください。

記

被 保 険 者 証 記 号 番 号	記 号		番 号	
----------------------	--------	--	--------	--

(フリガナ)		男 ・ 女
被 扶 養 者 氏 名		
生 年 月 日	昭 ・ 平 ・ 令 年 月 日	
(フリガナ)		男 ・ 女
被 扶 養 者 氏 名		
生 年 月 日	昭 ・ 平 ・ 令 年 月 日	
(フリガナ)		男 ・ 女
被 扶 養 者 氏 名		
生 年 月 日	昭 ・ 平 ・ 令 年 月 日	

以 上