

常務理事	事務長	課長	係

巨樹の会健康保険組合 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 ※発行する証明書種類①は記載不要	事業所名	
被 保 険 者 氏 名	(フリガナ) ⑨	自署の場合は押印を省略できます
生 年 月 日	☐ 昭 和 ・ ☐ 平 成 ・ ☐ 令 和 年 月 日	
資 格 取 得 (喪 失) 年 月 日	☐ 平成 年 月 日 ※証明書①の場合は入職日を記入して下さい ☐ 令和 年 月 日 ※証明書②の場合は退職日を記入して下さい ※証明書③④の場合は記入不要です	
送 付 希 望 先 住 所	〒 — ※現在住んでいる住所を記載してください	
連 絡 先 電 話 番 号	☐ 自 宅 ・ ☐ 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]	☐ ①健康保険資格取得証明書 ※資格取得日のみ記載	
	☐ ②健康保険資格喪失(削除)証明書 ※資格取得日・資格喪失日記載	
	☐ ③任意継続健康保険料納入証明書 (証明期間: 令和 年分 ・ 令和 年分)	
	☐ ④医療費のお知らせ (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①～②の 場合に✓してください	☐ 1. 被保険者及び全扶養者 ☐ 2. 個別被扶養者(下記のとおり)	
	※続柄欄には「長男」「次女」「実父」「義母」等、詳細で記入して下さい	
	指 定 対 象 者	(フリガナ) 氏名 続柄 生年月日 年 月 日
	※1.の場 合は記載 略可	(フリガナ) 氏名 続柄 生年月日 年 月 日
(フリガナ) 氏名 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]	☐ 国民健康保険加入の為	
	☐ ()の扶養に入る為	
	☐ 加入期間の証明書を()に提出の為	
	☐ 出産育児一時金(直接支払制度)のため	
	☐ 確定申告で使用する為	
	☐ その他()	

○何かございましたら、巨樹の会健康保険組合適用課(0954-38-2888)までお問い合わせ下さい。

受付日付印

【郵送先】 〒843-0024 佐賀県武雄市武雄町大字富岡12628

巨樹の会健康保険組合 宛