

健康保険 被保険者 取得・喪失日 証明願
被扶養者 認定・削除日

常務理事	事務長		担 当

下記事項について証明願います。

被 保 険 者	被保険者等の記号・番号 (未記入の場合は必ずコーポレートID記載)	記号		番号	
	コーポレートID				
	事業所名				
	被保険者氏名	(自 署)			
	住電番所号	〒 電話 ()			
	生年 月 日	昭和 平成 令和 年 月 日			

<希望する証明事項> ※希望する証明事項の口欄にチェックを入れ、被扶養者の該当者氏名及び提出先・提出目的をご記入ください

☐ 被保険者	☐ 資格取得日 ☐ 資格喪失日【退職(予定)日 年 月 日】
-------------------------------	---

☐ 被扶養者	生年月日	証明事項
	昭和 平成 令和 年 月 日	☐ 認定日・ ☐ 削除日
	昭和 平成 令和 年 月 日	☐ 認定日・ ☐ 削除日
	昭和 平成 令和 年 月 日	☐ 認定日・ ☐ 削除日
	昭和 平成 令和 年 月 日	☐ 認定日・ ☐ 削除日
	昭和 平成 令和 年 月 日	☐ 認定日・ ☐ 削除日

提 出 先	市・区・その他()
提 出 目 的	国民健康保険加入・その他()

上記証明書について、下記の住所に送付することを希望します。

年 月 日 被保険者氏名

証 明 書 の 送 付 先	☐ 被保険者住所に送付 ☐ その他に送付 ※ 下記を記入してください
	住所〒
	連絡先電話番号 ()
	宛名 (様方)

※ 資格喪失証明書は事実発生後・資格喪失手続き完了後の発行になりますので
早めにご提出いただいても発行を早めることはできません。
※ 資格証明書の有効期限は原則、受付した日から受付した日の月末までとなります。
※ 申請書の提出先は直接健保へ郵送してください。

令和 年 月 日提出
受付日付印

【提出先】
〒105-0023 東京都港区芝浦1-1-1 BLUE FRONT SHIBAURA TOWER S 17階 シミックグループ健康保険組合 宛
シミックグループ健康保険組合