

資格証明書発行申請書

【申請者】 ↓ 保険証・資格確認書返却済で記号・番号が不明な方は空欄で可

健康保険被保険者 記号-番号	記号	1	番号	〇〇〇〇〇
被保険者 氏名	健保 太郎			印 <small>※本人自署の場合は押印不要</small>
被保険者 生年月日	昭和	平成	令和	1 年 1 月 1 日
自宅住所	〒〇〇〇-〇〇〇〇 □□県□□市1-1-1 ※マンション名・部屋番号も必ず記載			
(郵送先が上記と異なる方) 郵送先住所	〒〇〇〇-〇〇〇〇 □□県□□区2-2-2 (健保 太郎 宛)			
日中繋がる電話番号	(〇〇〇) 〇〇〇〇 - 〇〇〇〇			<small>健保組合より連絡が入る場合があります</small>
メールアドレス	〇〇〇〇〇〇〇〇〇@△△△△.ne.jp			

【必要とする証明書についてご記入ください。】

証明対象者 (☑してください)	<input checked="" type="checkbox"/> 被保険者のみ	
	<input type="checkbox"/> 加入者全員	
	<input type="checkbox"/> 被扶養者のみ	
	(被扶養者氏名 続柄) 生年月日 年 月 日	
1	健康保険 資格喪失証明書	令和 〇 年 〇 月 〇 日付 (退職・削除 いずれか〇をつけてください) 発行理由 (保険切り替えの為)
2	健康保険 資格証明書	有効期間 令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日 発行理由 ()

必要とする番号に〇をこめてください

健康保険資格喪失証明書 … 資格喪失日以降の発行となります

健康保険資格証明書 … 資格喪失日以降の発行はできません

申請方法は郵送のみとなります

郵送先住所 〒169-0073 新宿区百人町1-22-17 新宿リサーチパークビル「マーキュリー健康保険組合」宛

証明書発行日付	常務理事	事務長	担当	担当

受付印