

資格証明書発行申請書

【申請者】 ↓ 保険証を返却済で記号・番号が不明な方は空欄で可

健康保険被保険者証 記号-番号	記号	1	番号	2
被保険者 氏名	健保 太郎			印
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 □□県〇〇市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 □□県〇〇市1-1-1 (〇〇 宛)			
日中繋がる電話番号	(〇〇〇) △△△△ - △△△△			健康組合より連絡が入る場合があります
メールアドレス	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 てください) (☑し	<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	資格喪失証明書 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 (2週間が限度です) 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つけてください

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