

# 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		番号	
被保険者 氏名	④			
被保険者 生年月日	昭和・平成・令和	年	月	日
自宅住所	〒			
(郵送先が上記と異なる方) 郵送先住所	〒 (宛)			
日中繋がる電話番号	( )	-	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				

【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 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	令和 年 月 日付 (退職・削除 いずれか○をつけてください) 発行理由 ( )
	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○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