

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	㊟ ※本人自署の場合は押印不要			
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 ()
	2	健康保険 資格証明書

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