健康保険　資格証明書交付　申請書

▼申請書は、楷書で枠内に丁寧にご記入下さい。

被保険者情報	被保険者証の	記号　－　番号	生年月日 □ 昭和 □ 平成　年　月　日
	氏名	（フリガナ）	
	住所	（〒　－　）　都道府県	
	電話番号（日中の連絡先）	（　）	

発行する証明書	□ 健康保険資格証明書　□ 健康保険資格喪失・削除証明書
証明書の使用目的	□ 国民健康保険の加入手続きのため　□ 国民健康保険の脱退手続きのため □ その他　（　）

証明対象者欄	□	被保険者のみ			
	□	被扶養者含む全員			
	□	指定対象者	氏名	続柄	
			氏名	続柄	

送付希望先	上記被保険者情報に記入した住所と別のところに送付を希望する場合にご記入ください。	
	住所	（〒　－　）　都道府県
	電話番号（日中の連絡先）	（　）
	宛名	

令和　年　月　日

社会保険労務士の提出代行者名記載欄

受付日付印

常務理事	事務長			

リゾートトラスト健康保険組合