

申請年月日 令和 年 月 日

健康保険 資格・限度額証明書 交付申請書

事業所	保険証記号		保険証番号		
被保険者	フリガナ		生年月日	明・大・昭・平・令 年 月 日生	男・女
	氏名			令和 年 月 日	
	資格取得年月日	令和 年 月 日			
被扶養者	フリガナ		生年月日	明・大・昭・平・令 年 月 日生	男・女
	氏名			令和 年 月 日	
	被扶養者となった日	(どちらかに☑)□被保険者の資格取得年月日と同じ・□令和 年 月 日			
	フリガナ		生年月日	明・大・昭・平・令 年 月 日生	男・女
	氏名			令和 年 月 日	
	被扶養者となった日	(どちらかに☑)□被保険者の資格取得年月日と同じ・□令和 年 月 日			
	フリガナ		生年月日	明・大・昭・平・令 年 月 日生	男・女
	氏名			令和 年 月 日	
	被扶養者となった日	(どちらかに☑)□被保険者の資格取得年月日と同じ・□令和 年 月 日			
	フリガナ		生年月日	明・大・昭・平・令 年 月 日生	男・女
	氏名			令和 年 月 日	
	被扶養者となった日	(どちらかに☑)□被保険者の資格取得年月日と同じ・□令和 年 月 日			
証明書申請理由					
上記被保険者(被扶養者)にかかる資格・限度額を証明願います。					
事業所所在地					
事業所名称					
被保険者氏名					
信用金庫 殿					

注)被保険者の押印については、署名(自筆)の場合は省略できます。

令和3年6月1日