

健康保険

被保険者 取得・喪失日
被扶養者 認定・削除日
任意継続保険料納付

証明願

常務理事	事務長		担当

令和 年 月 日

下記事項について証明願います。

被保険者等	記号・番号							
	社員番号							
	事業所名							
	氏名							
	住所	〒						
	生年月日	年	月	日				

<希望する証明事項>

※希望する証明事項の□欄にチェックを入れ、被扶養者の該当者氏名及び提出先・提出目的を記入ください

□ 被保険者	□ 資格取得日	□ 資格喪失日
	□ 任継保険料納付証明【証明期間】令和 年から令和 年	
□ 被扶養者	生年月日	証明事項
	昭和 年 月 日	□ 認定日・□削除日
	平成 年 月 日	□ 認定日・□削除日
	令和 年 月 日	□ 認定日・□削除日
	昭和 年 月 日	□ 認定日・□削除日
	平成 年 月 日	□ 認定日・□削除日
提 出 先	市・区・その他 ()	
提 出 目 的	国民健康保険加入・その他 ()	

上記証明書について、下記の住所に送付することを希望します。

令和 年 月 日 被保険者氏名 _____

証明書の送付先	□ 被保険者住所に送付			
	□ その他に送付 ※ 下記を記入してください			
	〒 -	電話 ()		
住所				
宛名	(様方)			

FWD生命保険健康保険組合

受付日付印