被保険者 取得・喪失日

Insured person: Date of Enrollment / Termination

被扶養者 認定・削除日

Dependent: Date of certification / removal 任意継続被保険者・保険料納付 証 明 願 Request for

	常務理事	事務長	担当
Ì			

接出 Submitted 2021 年 year 10 月 Month 10 日 Day 照合 MC保険者証 Insurance Card	Voluntary continuous insured person / Insurance premium Certification									
被保険者証 Insurance Card Code 99 Number 123456	データ									
Insurance Card										
Rate	ed		a da		123456					
### Please of Birth 1970 4					±/□ ↓		押印省略			
### Place of Birth 1970	Insu	Name	_		休 人即		Omitted name stmp			
### Place of Birth 1970	施	住所	T 000 —	0000			高式来 只见 。			
### Please of Birth 1970 4	岩)		東京都渋谷区	千駄ヶ谷2-2	3 – 1 5					
1970	被(# <i>F</i> .D.D	元号(Fra)	年	月	B	999-9999			
Requested Certification				1970	4	4				
*Please check in the box for the item you would like certification for, and fill in the names of the applicable dependents as well as the place of submission and the purpose for the submission 資格取得日 Coverage start ②資格喪失日 Coverage termination 任意継続保険料納付証明 Certificate of voluntary continuous premium		Date of Diffit	L/E(/10)	year	Month	Day				
Please creck in the box for the item you would like certification for, and fill in the names of the applicable dependents as well as the place of submission and the purpose for the submission	/	※希望する証明事項の□欄にチェックし、被扶養者の該当者氏名及び提出先・提出目的を記入して下さい								
資格取得日 Coverage start 図資格喪失日 Coverage termination 日意継続保険料納付証明 Certificate of voluntary continuous premium 年Year 月Month 年 月 日 記定日 Date of appproval 日本 月 日 日本	Please check in the box for the item you would like certification for, and fill in the names of the applicable									
一 被保険者 Insured	dependents as well as the place of submission and the purpose for the submission									
一 被保険者 Insured	/		資格取得日	Coverage start	√資格	等等于 Cove	rage termination			
証明期間										
Period of Certification The paid period between to The paid period period The paid period period The paid period pe	/ 🗹	被保険者 Insured	任意継続保障			untary continu	•			
The paid period between to The paid period The paid period between to The paid period The paid period between to The paid period between to The p	/		証明期间 ~ がりがまじし							
括名 Name 元号(Era) 年 月 日 認定日 Date of appproval 削除日 Date of removal 一元号(Era) 年 月 日 認定日 Date of removal 削除日 Date of removal 一元号(Era) 年 月 日 認定日 Date of appproval 削除日 Date of removal 一元号(Era) 年 月 日 認定日 Date of appproval 削除日 Date of removal 元号(Era) 年 月 日 認定日 Date of appproval 削除日 Date of removal 四和(Showa) Year Month Day 削除日 Date of removal 回和(Showa) 平区町村役場 一子の他 回和(Showa) 平区町村谷町 日本町村谷町 日本町村谷町 日本町村谷町 日本町村谷町 日本町村谷町 日本町村谷町村名 日本町村谷町 日本町村名町 日本			Period of Certifica	The paid p	eriod between	to				
昭和(Showa) Year Month Day 開除日 Date of appproval 開和(Showa) Year Month Day 開除日 Date of removal 日本 月 日 課定日 Date of appproval 開和(Showa) Year Month Day 開除日 Date of removal Pace of submission 開和(Showa) Year Month Day 開除日 Date of removal Pace of submission 開発日本 「中区町村役場」「その他」() 提出目的 Purpose for submission Imational health insurance Purpose for submission Imational health insurance Image	☐ 被扶養者 Dependet		生年月日 Birthdate			証明事項 Information to be certified				
照和(Showa) Year Month Day	氏名 Name		元号(Era)	年 月	日	認定E	∃ Date of appproval			
元号(Era) 年 月 日 認定日 Date of appproval 削除日 Date of removal 一元号(Era) 年 月 日 認定日 Date of removal 削除日 Date of removal 一元号(Era) 年 月 日 認定日 Date of appproval 削除日 Date of removal 即和(Showa) 平位 一元号(Era) 平位 一元号(Era) 平位 平位 平位 平位 平位 平位 平位 平			昭和(Showa)	Year Month	Dav					
照和(Showa) Year Month Day 別除日 Date of removal 元号(Era) 年 月 日 認定日 Date of appproval 昭和(Showa) Year Month Day 別除日 Date of appproval 別除日 Date of removal 別除日 Date of removal 別除日 Date of removal 別除日 Date of removal 別能用 Date of appproval 別能用 Date of removal 別能用 Date of appproval 別能用 Date of removal National Remov	氏名 Name		元号(Era)			□□認定日	3 Date of approval			
元号(Era) 年 月 日 認定日 Date of appproval 関和(Showa) Year Month Day 関係日 Date of removal 別除日 Date of removal 別除日 Date of removal 別除日 Date of removal 日本の他			昭和(Showa)	Vear Month	Day					
照和(Showa) Year Month Day	 氏名 Name		元号(Era)		,		Date of approval			
提出先 Place of submission 提出目的 Purpose for submission 「国民健康保険加入 Enrolling in national health insurance 「上記申請者住所 Send to the address of the person who applied 下記記載の住所 Send to a different address * Please write the address below 「 中国			昭和(Showa)	Voor Month	Day					
Place of submission 図面民健康保険加入				Year Wonth	Day		- Date of Terrioval			
提出目的 Purpose for submission 正明書の送付先 Place to which certification will be sent Purpose for submission 正明書の送付先 日本の他 (/		·+旦	□ ヱゕ紬	()			
Purpose for submission Enrolling in national health insurance		Place of submission	ZW4[m]	. <i>-物</i>		`	,			
Purpose for submission Enrolling in national health insurance		提出目的	一国民健康促	R全もD ユ						
上記申請者住所 Send to the address of the person who applied	1									
□ 下記記載の住所 Send to a different address * Please write the address below 〒 - 住所 Address	Enrolling in flational fieduli fisulance									
証明書の送付先 Place to which certification will be sent 住所 Address			ho applied							
証明書の送刊元 Place to which certification will be sent 住所 Address			□ 下記記載の住所 Send to a different address * Please write the address below							
Place to which certification will be sent 任府 Address		証明書の送付先		〒 –						
宛名 Name	Place t		住所 Address							
宛名 Name										
			宛名 Name							