

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

Voluntary continuous insured person / Insurance premium

証明願
Request for
certification

常務理事	事務長	担当

データ
照合

提出 Submitted 2021 年 year 10 月 Month 10 日 Day

被保険者 Insured	被保険者証 Insurance Card	記号 Code	99	番号 Number	123456	記号・番号が不明のとき記載省略可 If the code / number is unknown, the description can be omitted.	
	氏名 Name	健保 太郎				押印省略 Omitted name stamp	
	住所 Address	〒 000 - 0000	東京都渋谷区千駄ヶ谷 2 - 2 3 - 1 5			電話番号Phone 999-9999-9999	
	生年月日 Date of Birth	元号(Era) 西暦(AD)	1970	年 year	4	月 Month	4

<希望する証明事項>
<Requested Certification>

※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
* 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

<input checked="" type="checkbox"/> 被保険者 Insured	<input type="checkbox"/> 資格取得日 Coverage start <input checked="" type="checkbox"/> 資格喪失日 Coverage termination <input type="checkbox"/> 任意継続保険料納付証明 Certificate of voluntary continuous premium 証明期間 Period of Certification 年Year 月Month ~ 年Year 月Month 納付分まで The paid period between to
--	--

<input type="checkbox"/> 被扶養者 Dependet	生年月日 Birthdate	証明事項 Information to be certified
氏名 Name	元号(Era) 昭和(Showa)	年 月 日 Year Month Day
氏名 Name	元号(Era) 昭和(Showa)	年 月 日 Year Month Day
氏名 Name	元号(Era) 昭和(Showa)	年 月 日 Year Month Day
		<input type="checkbox"/> 認定日 Date of approval <input type="checkbox"/> 削除日 Date of removal <input type="checkbox"/> 認定日 Date of approval <input type="checkbox"/> 削除日 Date of removal <input type="checkbox"/> 認定日 Date of approval <input type="checkbox"/> 削除日 Date of removal

提出先 Place of submission	<input checked="" type="checkbox"/> 市区町村役場 <input type="checkbox"/> その他 ()
提出目的 Purpose for submission	<input checked="" type="checkbox"/> 国民健康保険加入 <input type="checkbox"/> その他 () Enrolling in national health insurance

証明書の送付先 Place to which certification will be sent	<input checked="" type="checkbox"/> 上記申請者住所 Send to the address of the person who applied <input type="checkbox"/> 下記記載の住所 Send to a different address * Please write the address below
	住所 Address
	宛名 Name

受付