

健康保険被扶養者証明書発行願

横河電機健康保険組合
御中

伺年月日	平成	年	月	日	常務理事	事務長	係
交付年月日	平成	年	月	日			

証明書の種類 * 必要な証明書に <input type="checkbox"/> をいれてください	必要な具体的な理由
<input type="checkbox"/> 健康保険取得証明書	
<input type="checkbox"/> 健康保険喪失証明書	
<input type="checkbox"/> 出産育児一時金等支給証明書	
<input type="checkbox"/> 医療費控除用給付証明書	
<input type="checkbox"/> 保険料払込証明書	
<input type="checkbox"/> その他 ()	

被保険者証の記号番号	記号		フリガナ	
	番号		被保険者氏名	印

被扶養者の有無	有 ・ 無	生年月日	大正 昭和 平成	年	月	日
---------	-------	------	----------------	---	---	---

資格取得年月日	昭和 平成	年	月	日	資格喪失年月日	昭和 平成	年	月	日
---------	----------	---	---	---	---------	----------	---	---	---

フリガナ	
被保険者の現住所	〒 _____ 都道府県 ()

この証明の対象となる者	氏名	性別	生	年	月	日	続柄
		男・女	M S H	年	月	日	
		男・女	M S H	年	月	日	
		男・女	M S H	年	月	日	
		男・女	M S H	年	月	日	
		男・女	M S H	年	月	日	

平成 年 月 日 提出

所在地 事業所 名称 事業主氏名	平成 年 月 日 印
------------------------	---------------

受付日付印

横河電機健康保険組合

【収集する個人情報について】
 本発行願に記入された個人情報は、本発行願に係る業務処理の目的にのみ使用し、他の目的には使用いたしません。