

※ 健 保 決 裁 欄			

カシオ健康保険組合 御中

カシオ健証 \_\_\_\_\_

## 証 明 書 発 行 依 頼 書

被保険者証の記号		番号	
被 保 険 者	氏 名		
	生年月日	(和暦)	年 月 日
	住 所		
	電話番号	自宅・携帯	
発行する証明書 (該当証明に○をしてください)		<ul style="list-style-type: none"> <li>・資格証明書</li> <li>・資格喪失証明書 (国民健康保険加入用等)</li> <li>・資格喪失証明書 (出産育児一時金用)</li> <li>・保険料払込証明書 (西暦) _____ 年分</li> <li>・その他 [ _____ ]</li> </ul>	
指定書類がある場合		<ul style="list-style-type: none"> <li>・書類名 :</li> </ul>	
証明書送付先 (該当する箇所に○をしてください)		社内便 [宛先]	
証明対象者 (該当する箇所に○をしてください)		郵送 (注) [宛先]	
証明事項 (何の項目について証明書を発行するのか)		被保険者のみ                      被扶養者を含む                      証明対象者指定	
上記証明書の使用目的		《 提 出 先 》	
		《 使 用 目 的 》	
確認欄	①②の確認後✓を入れてください。✓がない場合は確認が必要な為受理できない場合があります。		
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	この届出については①または②の要件をみたしたものである ① 申請者本人(被保険者)が作成したものである。 ② 記載内容については誤りがないか申請者本人が確認している。 ※②は事業所が届出の記載を行う場合で事業所担当者が申請者本人に対し届出に誤りがないか確認を求め申請者が内容について確認した場合		

上記の件について証明をお願いしたく申請させていただきます。

(和暦) \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

申請者 住 所

氏 名

注) 証明書を社内便以外で送付希望の場合は、切手を貼った返信用封筒を同送してください。

問合せ・郵送先：〒151-8543  
 東京都渋谷区本町1-6-2  
 カシオ健康保険組合 適用宛  
 電話番号：03-5334-4263