

# 健康保険被扶養者証明書発行願

日本ヒューレット・パッカート  
健康保険組合 御中

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

証明書の種類	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"/> 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	被保険者の生年月日	年 月 日
---------	-------	-----------	-------

資格取得年月日	平成 令和 年 月 日	資格喪失年月日	平成 令和 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	年 月 日	
		男・女	年 月 日	
		男・女	年 月 日	
		男・女	年 月 日	

年 月 日 提出

年 月 日	
所在地	
事業所名称	
事業主氏名	印

日本ヒューレット・パッカート健康保険組合