

健康保険被扶養者証明書発行願

日本ヒューレット・パッド健康保険組合

記入例

**太枠内を
ご記入ください**

常務理事	事務長	係

以下のうち該当のものにチェックを入れてください

- 健康保険取得証明書
- 健康保険喪失証明書
- 出産育児一時金等支給証明書
- 医療費控除用給付証明書
- その他 ()

必要な具体的な理由

国民健康保険に加入するため

被保険者証の記号番号	記号 番号	健康保険証にて ご確認ください	フリガナ 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	健康保険証記載の資格取得年月日	被保険者が退職等資格を喪失している場合のみ記入 喪失日は、退職日の翌日
被保険者の現住所	東京 都道府県	

TEL ×× (××××) ××××

氏名	性別	生年月日	続柄
	男・女	昭和 平成 年 月 日	

この証明の対象となる者

被扶養者(家族)の証明書が必要なとき、対象者についてご記入ください。

年 月 日 提出

事業所所在地	年 月 日
事業所名称	
事業主氏名	印

日本ヒューレット・パッド健康保険組合