


常務理事	事務長	担当	担当

証明書交付申請書

SMBCコンシューマーファイナンス健康保険組合理事長 殿

令和 ×× 年 × 月 × 日 提出

被保険者証	記号	×	番号	×××××
被保険者氏名	(フリガナ) ケンコウ タロウ 健康 太郎 			
生年月日	昭和・平成・令和 ×× 年 × 月 × 日			
現住所	〒××× - ×××× 東京都千代田区大手町×-×			
連絡先	自宅 () ※日中に連絡がつく		電話番号を記入	
	携帯 ××× (××××) ××××			

※被保険者証の記号・番号がわからない場合は、氏名・生年月日・住所で確認しますので空欄でも構いません。
※書類記載不備等があった場合のみ、連絡致します。

下記のとおり、証明書の交付をお願いします。

証明書の種類	1. 健康保険資格取得証明書 2. 健康保険資格喪失証明書 3. 被扶養者削除証明書 4. 保険料納付証明書
--------	---

※証明書を要求する事項に○印をつけてください。

証明書発行対象者氏名	健康 花子	続柄	妻	生年月日	大昭和 平成 × 年 × 月 × 日
------------	-------	----	---	------	-----------------------

※証明対象者が複数名いる場合は、申請書をコピーし、対象者毎に作成してください。

提出先	××区役所
申請理由	提出を求められたため
※証明期間 (納付証明書の場合記入)	平成・令和 年 月 ~ 平成・令和 年 月までの納付分

受付日付印