

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) ㊟			
生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日			
現住所	〒 —			
連絡先	自宅	()	※日中に連絡がつく	
	携帯	()	電話番号を記入	

※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	3. 被扶養者削除証明書
	2. 健康保険資格喪失証明書	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		続柄		生年 月日	大昭 平令	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	
申請理由	
※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