

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

被保険者等	記号		番号	
被保険者氏名	(フリガナ) 印			
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			

※被保険者証等の記号・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 5. その他 ()
--------	---

※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