

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) 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 ()  携帯 ××(×××)×××		※日中に連絡がつく 電話番号を記入	

※被保険者等の記号・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 5. その他 ()	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 太郎	続柄	本人	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	××区役所				
申請理由	国民健康保険に加入するため				
※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