

証明書等の発行願

被 保 険 者	〒 _____			
	被保険者の住所と連絡先をご記入ください TEL (_____) _____			
記 号	記号	番 号	番 号	氏 名
	フリガナ 被保険者の氏名、生年月日をご記入ください 昭・平・令 _____ 年 _____ 月 _____ 日生まれ			
証 明 内 容	(例) 健康保険資格喪失証明書			
目 的	(例) 国民健康保険加入			
提 出 先	(例) ○○健康保険組合、○○市役所			
申 請 者 記 載	上記のとおり証明書等の発行をお願いいたします。 大阪港湾健康保険組合理事長 殿 令和 ○○年 ○○月 ○○日 被保険者氏名 <u>被保険者の氏名をご記入ください</u> ※ 代理人の場合、以下にご記入下さい。 この申請に関しては、上記被保険者 _____ より委任を受けております。 代理人住所 〒 _____ TEL (_____) _____ 代理人氏名 _____ 被保険者との続柄 <ul style="list-style-type: none"> ・ 家族 (続柄 _____) ・ 第三者 (関係 _____) 			

被保険者以外の方が申請される場合は、
この欄にもご記入ください
(被扶養者や勤務先の担当者など)