

ポスト番号 D55

マツダ健康保険組合 行

健康保険関係証明申請書

【申請者】

健康保険	記号	1	番号	345678
被保険者氏名	健保 太郎			
(在籍者)事業所名	マツダ 株式会社			
所属	(ポストNo A123) 〇〇〇〇課〇〇〇〇係 (内線 12345) TEL (000)000 - 0000			
(退職者) 住所	〒 〇〇〇 - 〇〇〇〇 〇〇県〇〇市〇〇区〇〇町〇丁目〇〇番〇〇号 TEL () -			

【必要とする証明書の番号に○をして下さい。】

証明対象者名	氏名	全員
1 資格喪失証明書	平成・令和 年 月 日付 (退職・削除 いずれか○をつけて下さい。) ※資格喪失証明書は退職後の約2週間後の発行になりますのでご了承ください。	
2 健康保険資格証明書	(2週間が限度です。) 有効期間 令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日	
3 その他		

※任意継続保険ご加入の方へ

「健康保険納入証明書」の再発行は 3 その他に「健康保険納入証明書〇年」とご記入のうえ110円切手を貼り付けた返信用封筒をご送付ください。

受付印

証明書発行日付	事務長	係