

常務理事	事務長	課長	課長代理	担当者

健康保険 資格取得 証明願
資格喪失

申請者	事業所名				
	被保険者証の記号・番号	記号		番号	
	被保険者名				

	被保険者氏名	続柄	生年月日	資格取得年月日	単独証明希望
				資格喪失年月日	
		本人	昭和・平成 年 月 日	年 月 日 年 月 日	有・無
被 扶 養 者			昭和・平成 年 月 日	年 月 日 年 月 日	有・無
			昭和・平成 年 月 日	年 月 日 年 月 日	有・無
			昭和・平成 年 月 日	年 月 日 年 月 日	有・無
			昭和・平成 年 月 日	年 月 日 年 月 日	有・無
			昭和・平成 年 月 日	年 月 日 年 月 日	有・無

※資格取得・喪失証明は申し出のない限りは1通で発行します。べつに必要な場合は
単独証明希望欄に○をつけて申請してください。

上記の事項につき証明願います。

平成 年 月 日

被保険者氏名

印

小田急グループ健康保険組合 理事長 殿

〱 受付日付印 〱