

常務理事	事務長	課長	課長代理	担当者
------	-----	----	------	-----

(注)
・申請者それぞれに証明書がほしい場合は、単独証明希望欄の「有」に○をしてください。

健康保険 資格取得 証明願
資格喪失

申請者	事業所名	〇〇〇株式会社			
	被保険者証の記号・番号	記号	999	番号	4567
	被保険者名	埼玉 太郎			

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	
埼玉 太郎	本人	昭和・平成 38年5月5日	年月日	有・無
			平成26年10月1日	
埼玉 花子	妻	昭和・平成 40年3月3日	年月日	有・無
			平成26年10月1日	
被扶養者		昭和・平成 年月日	年月日	有・無
		昭和・平成 年月日	年月日	有・無
		昭和・平成 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 26 年 10 月 5 日

被保険者氏名 埼玉 太郎



小田急グループ健康保険組合 理事長 殿

受付日付印