

健康保険 被扶養者認定・削除日 証明願

常務理事	事務長		担当

被 保 険 者	所属事業所名 ※任意継続の方は90	(株)JERA	社員番号	XXXXXXXX
	氏名	健保 太郎	生年月日	1991/12/22
	住所	〒 123-4567 ●●●●県XXXX市▲▲▲町 1-2-3 ◆◆◆マンション XXX号		

<希望する証明事項>

被保険者	②	①資格取得・認定日 ③任意継続保険料納付証明 (証明期間)	②資格喪失・削除日 から
------	---	-------------------------------------	-----------------

被扶養者名	生年月日	証明事項
健保 花子	平成8年1月2日	削除日
健保 一郎	令和4年4月6日	削除日

提出先	①	①行政区(市区町村) ②その他
提出目的	②	①国民健康保険加入 ②その他 XXXX

証明書の送付先	①	①被保険者住所に送付(住所の記入は不要) ②その他住所に送付(下記に送付先住所を記入してください)
	〒	電話 ()
	住所 宛名	() 様方)

上記のとおり申請いたします。
JERA健康保険組合

令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日
受付日付印