

平成 年 月 日申請

全国印刷工業健康保険組合 御中

〈申請者〉  
住 所 〒

氏 名 ㊞

TEL

### 健康保険 被保険者・被扶養者期間にかかる証明願い

被保険者及び被扶養者であった期間について、下記の通り証明願います。

#### 記

#### 1. 被保険者

氏名	フリガナ	生年月日
		昭・平 年 月 日

#### 2. 被扶養者（被扶養者であった者）

氏名	フリガナ	生年月日	続柄
		昭・平 年 月 日	
		昭・平 年 月 日	
		昭・平 年 月 日	
		昭・平 年 月 日	

#### 3. 証明書を必要とする理由（□にレ印をしてください）

- 国民健康保険の加入（脱退）手続き  
 その他（ ）

申請者が被保険者及び被扶養者以外である場合に委任者が記入してください

平成 年 月 日
この申請及び受領を上記の申請者に委任します。
委任者氏名： _____ ㊞ 委任者と申請者の関係： _____
現住所： _____

注）申請者が被保険者及び被扶養者以外である場合は、本人確認書類（運転免許証・パスポート・住民票など）の写しを添付してください。

※ 申請の際には必ず返信用封筒の同封をお願いします。