

健康保険 証明書等発行(再発行)依頼書

保険証の 記号・番号	-	事業所名	
被保険者氏名		生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 年 月 日 <input type="checkbox"/> 平成

発行(再発行)を希望する該当書類に☑

1. 資格情報のお知らせ
2. 被保険者資格喪失・被扶養者削除証明書
- 世帯全員分
- 以下の対象者

①	氏 名	続 柄
②	氏 名	続 柄

③	氏 名	続 柄
④	氏 名	続 柄

3. 給付金支給決定通知書

期 間 令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日

※①は受診期間、②~⑥は請求期間（不明な場合はおおよその期間で構いません）

- ①高額療養費・付加金
- ②傷病手当金・付加金
- ③出産手当金
- ④出産育児一時金
- ⑤埋葬料(費)
- ⑥療養費

4. その他 書類の名称：

発行の理由	
-------	--

受取の方法	<input type="checkbox"/> 事業所経由 <input type="checkbox"/> 以下の依頼者住所に郵送 <small>※住所・氏名を記載し、110円切手を貼付した返信用封筒を同封してください。 <small>※依頼者の身元確認書類(運転免許証、パスポート、在留カード等)のコピーを同封してください。</small> </small>
-------	---

上記のとおり書類の発行(再発行)を依頼します。

令和 年 月 日 住 所 〒

氏 名

被保険者との続柄
()

TEL

健 保 組 合	
決 裁	処 理

健保受付

事 業 所	
責 任 者	担 当 者