常務理事	事務長	担当者

資 格 証 明 書 発 行 申 請 書

被保険者	被保険者証	記　号		番　号	
	氏 名				
	生年月日	昭和 平成	年　　月　　日		
	現住所	〒　　－			
	電話番号	□ 自宅		（　　）	
		□ 携帯		（　　）	

◆下記該当する箇所に〇をして下さい。

発行希望対象者	◯	被保険者			
	◯	被保険者並びに被扶養者全員			
	◯	被扶養者　※下記に発行を希望する被扶養者について記載して下さい。			
	対象被扶養者	氏名		生年月日	昭和 平成 令和　　年　　月　　日
		氏名		生年月日	昭和 平成 令和　　年　　月　　日
		氏名		生年月日	昭和 平成 令和　　年　　月　　日
		氏名		生年月日	昭和 平成 令和　　年　　月　　日

証明項目 ※該当する箇所に〇をしてください	被保険者		被扶養者	
	◯	資格取得年月日	◯	認定年月日
	◯	資格喪失年月日	◯	削除年月日
	任意継続被保険者			
	◯	健康保険料納付期間	証明期間： 平成 令和　　年　　月分 ～ 平成 令和　　年　　月分	

証明書の使用目的 ※該当する箇所に〇をしてください	◯	国民健康保険へ加入する為	
	◯	確定申告で使用する為	
	◯	出産育児一時金　（直接支払制度）　請求手続きに使用する為	
	◯	他の健康保険組合等で扶養へ加入する為	
	◯	加入期間の証明書を提出する為	提出先
	◯	その他	※下記に理由を記載して下さい※

※ご不明点等ございましたら下記までお問い合わせ下さい。

エイベックス・グループ健康保険組合
〒108-0073
東京都港区三田1-4-1
住友不動産麻布十番ビル4F
TEL:03-6772-2031

受付日付印

エイベックス・グループ健康保険組合