

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	年 月 日			
	現住所	〒			
	電話番号	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 携帯			

◆下記該当する箇所には○をして下さい。

発行希望対象者	<input type="radio"/>	被保険者			
	<input type="radio"/>	被保険者並びに被扶養者全員			
	<input type="radio"/>	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	年 月 日
		氏名		生年月日	年 月 日
氏名			生年月日	年 月 日	
氏名			生年月日	年 月 日	

証明項目	被保険者		被扶養者	
	<input type="radio"/>	資格取得年月日	<input type="radio"/>	認定年月日
	<input type="radio"/>	資格喪失年月日	<input type="radio"/>	削除年月日
	任意継続被保険者			
※該当する箇所に○をしてください	<input type="radio"/>	健康保険料納付期間	証明期間： 年 月分 年 月分	

証明書の使用目的	<input type="radio"/>	国民健康保険へ加入する為		
	<input type="radio"/>	確定申告で使用する為		
	<input type="radio"/>	出産育児一時金（直接支払制度）請求手続きに使用する為		
	<input type="radio"/>	他の健康保険組合等で扶養へ加入する為		
	<input type="radio"/>	加入期間の証明書を提出する為	提出先	
	<input type="radio"/>	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5F
 TEL:03-6772-2031

