

		課長	係長	係員

証 明 願

記号・番号		
被保険者氏名		生年月日 年 月 日

証明を必要とする方の氏名	生年月日	被保険者・被扶養者
	年 月 日	<input type="checkbox"/> 被保険者 <input type="checkbox"/> 被扶養者
	年 月 日	被扶養者
	年 月 日	被扶養者
	年 月 日	被扶養者
	年 月 日	被扶養者

証明書の種類	1. 資格取得（認定）証明書 2. 資格喪失（削除）証明書 3. その他（ ）
--------	---

使用目的	1. 国民健康保険、他健保組合等への加入手続きのため 2. 国民年金第三号被保険者にかかる届出のため 3. その他（ ）
------	--

証明書送付先		1. 事業所 ※申請者住所・氏名・電話番号の記入は不要です 2. 被保険者 3. 申請者
申請者	住所 (証明書送付先)	〒
	氏名	
	電話番号	
・証明書の送付先は、事業所・被保険者または証明対象者のみとなります。 ・資格取得・喪失証明書以外につきまして、送付先指定ができない場合がございます。 ・個人情報を含む証明は、原則として第三者には提供できません。		

愛鉄連健康保険組合 理事長 殿

上記に係る証明書の交付を申請します。

令和 年 月 日

●証明願郵送先

〒453-0804 名古屋市中村区黄金通1丁目18番地

愛鉄連健康保険組合

TEL : 052-461-6131

受 付 日 付 印