常務理事	事務局長	部　長	課　長	扱　者	

健　康　保　険　資　格　証　明　願

令和　　年　　月　　日

管工業健康保険組合理事長　様

申　請　者＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

下記の者は、健康保険の資格を、□取得 □喪失 していることを証明願います。

（該当欄に「レ」をしてください。）

証明を求める理由		□国保加入のため　□医療機関へ提出のため □その他（　　）	
被保険者	被保険者証記号・番号		
	氏名・生年月日		昭　平　年　月　日
	現住所		

	氏　名	続　柄	生　年　月　日
被扶養者			昭　平　年　月　日
			昭　平　年　月　日
			昭　平　年　月　日
			昭　平　年　月　日
			昭　平　年　月　日

備　考	

◎ 原則、申請者宛に証明書を発送いたします。