常務理事	事務長	課　長	調整官	係　長	担当者

健康保険 被保険者・被扶養者資格証明書交付申請書

被保険者証 記号・番号	記号 番号	申請者名(被保険者) 及び 生年月日	昭・平・令　　年　　月　　日
勤務していた(している)事業所名			
送付先住所 及び 電 話 番 号	〒　　－ TEL　　－　　－　　(平日9時から17時までの間の連絡先)		

【 希望される証明事項の□欄にレ点を記入してください 】

□ 被 保 険 者	□ 資　格　取　得　日	□ 資　格　喪　失　日

□ 被扶養者氏名	生年月日	続 柄	証明事項
	昭 和 平 成 令 和　　年　　月　　日		□ 認　定　日　・　□ 削　除　日
	昭 和 平 成 令 和　　年　　月　　日		□ 認　定　日　・　□ 削　除　日
	昭 和 平 成 令 和　　年　　月　　日		□ 認　定　日　・　□ 削　除　日
	昭 和 平 成 令 和　　年　　月　　日		□ 認　定　日　・　□ 削　除　日
	昭 和 平 成 令 和　　年　　月　　日		□ 認　定　日　・　□ 削　除　日

上記証明書の使用目的	□ 国民健康保険加入のため □ 国民健康保険脱退のため □ (　　) の扶養に入るため □ 加入期間の証明書を (　　) に提出するため □ 出産育児一時金(直接支払制度)に必要なため □ その他 (　　)

受付日付印

【提出先】

〒108-0074　東京都港区高輪1-16-15

日本自動車部品工業健康保険組合　業務課宛

TEL03-3443-4256