

※在籍の方のみご記入下さい。

※所属名	
※所属電話	

常務理事	事務長	確認者	担当者

健康保険各種証明書発行申請

申請日： 年 月 日

被保険者証 記号－番号	—	連絡先 (自宅・携帯)	()
フリガナ		生年月日	年 月 日
被保険者氏名 (自署)			

下記のとおり、健康保険に関する証明書類を発行くださいますようお願い申し上げます。

必要証明書 *発行希望 証明書に○	() 健康保険資格喪失証明書		
	() 任意継続保険料収入証明書	年 月分～	年 月分
	() その他 _____		
申請理由	例：国民健康保険加入の為		
証明書 提出先	例：××区役所		
証明書 送付先	自宅 ()	〒	—
*いずれかに○	所属 ()	※上記、所属名欄に記載の所属へ送付致します。 ※在職者のみ。(退職に伴う資格喪失証明書の送付先は自宅を選択してください。)	
備考			

以 上

- (注意) ☆ 健康保険に関わる証明書類のみ、この申請書をご利用ください。
 雇用保険及び厚生年金等に関わる証明書の発行は、健康保険組合ではありません。
 ☆ 各種証明書は、個人情報に記載しているため、代理申請は認めません。
 ☆ この申請書は、メール・FAX での受付は行いません。
 ☆ 各種証明書は、申請書原本の到着後発行致します。
 ☆ 資格喪失証明書は、資格喪失日以前の発行は、資格喪失が確定していない為に、証明出来ません。
 また各種証明書は、各種手続完了後の発行となるため、お時間をいただく事があります。
 ☆ 被保険者本人の退職による資格喪失証明書の送付先は、自宅を選択してください。

(照会先)

住所：〒100-0014 東京都千代田区永田町 2-13-10 プルデンシャルタワー7F
 電話：03-3519-6500
 プルデンシャル健康保険組合

受付日付印

プルデンシャル健康保険組合
 P 健-26 (2020.9)