

常務理事	事務局長	課長	課長補佐	主任	担当者

## 資格証明発行依頼書

氏名	
生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日
事業所名	
事業所所在地	
記号一番号	—
退職日又は削除日	平成・令和 年 月 日
使用目的	<input type="checkbox"/> 他の健康保険に加入するため <input type="checkbox"/> その他( ) <p style="text-align: center;">*該当箇所にチェックをして下さい</p>

\*郵送にて申請の場合には、返信用封筒(切手貼付)を同封して下さい。

申請日： 年 月 日

住所： 〒

電話番号： ( )

氏名： \_\_\_\_\_ (印)