

大 二 健 保 発 第 8 -				
常務理事	部長	課長	主任	係

大阪ニッソ健康保険組合 御中

証 明 願

令和 年 月 日 提出

申請者

(被保険者)

- 下記の者は、健康保険資格を

☐ 取得

☐ 喪失

（該当欄に「☒」をしてください）

していることを証明願います
- 証明書の発行理由

☐ 国保へ加入のため

☐ 医療機関へ提出のため

☐ その他（ ）

被 保 険 者	記 号 ・ 番 号	—		
	氏 名 ・ 生 年 月 日		昭 ・ 平 ・ 令 年 月 日	
	現 住 所	〒 —		
	ご 連 絡 先	—		
被 扶 養 者	氏 名	続 柄	生 年 月 日	
			昭 ・ 平 ・ 令 年 月 日	
			昭 ・ 平 ・ 令 年 月 日	
			昭 ・ 平 ・ 令 年 月 日	
			昭 ・ 平 ・ 令 年 月 日	
証明書の送付先が 上記住所以外るとき		〒 —		
備 考				

受付印