

|  |  |  |
|--|--|--|
|  |  |  |
|  |  |  |

## 健康保険 証明書発行願い

トランスコスモス健康保険組合 殿

|               |              |    |     |
|---------------|--------------|----|-----|
| 申請者<br>被保険者氏名 | 申請日<br>年 月 日 | 記号 |     |
|               |              | 番号 |     |
| 生年月日          | 年 月 日        | 電話 | ( ) |
| 申請者<br>住所     | 〒 ー          |    |     |

下記の事項について証明願います。

### (1) 証明事項

- ①該当する項目に○を付けてください。該当項目がない場合は「その他」に内容を記入してください。  
 ②喪失年月日の証明希望の場合は退職日(または雇用契約変更により社会保険を脱退する場合は契約終了日)を記入して下さい。  
 ③被扶養者を指定する場合は被扶養者氏名を記入してください。

|  | 証明区分           | 証明事項                              |
|--|----------------|-----------------------------------|
|  | 被保険者の「資格取得年月日」 |                                   |
|  | 「資格喪失年月日」      | 年 月 日 退職・雇用契約(終了・変更)              |
|  | 被扶養者の「資格取得年月日」 | <input type="checkbox"/> 全員    指定 |
|  | 「資格喪失年月日」      | <input type="checkbox"/> 全員    指定 |
|  | その他            |                                   |

### (2) 証明書の提出先:

- 本申請により当健康保険組合が発行した証明書の提出先を記入して下さい。本申請1通につき提出先1箇所(証明書1通)となります  
 ※例:〇〇〇市役所保険年金課、〇〇株式会社総務部、〇〇健康保険組合等、固有名詞で記入して下さい。

### (3) 証明理由

- 該当する項目に○をしてください。該当する項目が無い場合は「その他」に内容を記入してください。

|   |  |             |
|---|--|-------------|
| 1 |  | 国民健康保険加入のため |
| 2 |  | その他:        |

### ※申請先及び交付について

- ①申請書提出先 トランスコスモス健康保険組合 〒150-0011 東京都渋谷区東2-23-3 タゴシンビル4階  
 ②証明書の交付 証明書の送付を希望される場合は、申請被保険者の住所氏名を表書した「返信用封筒(切手貼付)」を本証明書発行願いに必ず添付してください。