

伺い日	令和	年	月	日
施行日	令和	年	月	日

※関東ITソフトウェア健康保険組合加入者用

課長	課長代理	担当者	総務部長	庶務係

健康保険 資格関係証明書発行願

被 保 険 者	記号		氏 名							
	番号		生年月日	昭和 平成		年		月		日
	事業所名	※勤務していた（している）事業所名をご記入ください								

・申請者は当組合に加入していた方（している方）に限ります

申 請 者	氏 名		被保険者との 続 柄	※該当する続柄の□に○してください	
				☐ 被保険者	☐ 被扶養者（家族）
	住 所	〒		備考	
	建物名・部屋番号→				
電話番号	※平日9時から16時までの連絡先を必ず記入してください。				

発行する証明書	※該当する□に○してください				
	☐ 資格取得日（被扶養者認定日）	☐ 資格喪失日（被扶養者削除日）			
発行する証明書の対象者	※該当する□に○してください				
	☐ 被保険者のみ	☐ 対象被扶養者（家族）※下欄へ氏名を記載してください	※被扶養者の資格証明を必要とする場合でも、被保険者資格等も併せて記載されます。		
被扶養者氏名（家族）	続柄	※該当する□に○してください 証 明 事 項			
		☐	認定年月日	☐	削除年月日
		☐	認定年月日	☐	削除年月日
		☐	認定年月日	☐	削除年月日
		☐	認定年月日	☐	削除年月日
証明書の使用目的 該当に○してください→	☐	国民健康保険等 加入のため	☐	国民健康保険等 脱退のため	その他
		↓具体的な理由を記入してください			
※健康保険組合使用欄		証明書の発行番号		関ソフト健発 第	号

※資格喪失の証明書発行には、事業所から当組合へ資格取得届、資格喪失届等の届出が必要です。
当組合での資格取得届・資格喪失届等の手続き完了後、証明書を発行いたします。
手続きが完了していない場合、発行手続きは保留となりますのであらかじめご承知おきください。

受付日付印

- 【注意事項】
- 被保険者の記号と番号が不明な場合は空欄で構いません。
 - 発行願 1 枚につき証明書 1 枚の発行です。複数枚を必要とする場合は、必要枚数分の発行願を提出してください。
 - 医療機関等へ受診するための資格確認書は、資格関係証明書発行願では発行できません。
 - 修学旅行等の学校行事や部活動の合宿・遠征等のための証明書の発行はできません。
 - 建設業等の免許申請に使用する証明書、標準報酬月額等の証明書はこの発行願では申請できません。適用一課までお問合せください。
 - 出産育児一時金の医療機関等への直接支払制度のための資格証明書を必要とする場合は、「健康保険資格証明交付申請書（出産育児一時金用）」を提出してください。※申請書は当組合ホームページからダウンロードできます。
 - この発行願に控えはありません。発行願のコピーを送付いただいた場合も返却いたしません。

<発行願の郵送先> ※窓口交付は行っておりません
〒169-8516 新宿区百人町 2-2 7-6
関東ITソフトウェア健康保険組合 適用一課
TEL 03 (5925) 5302

組
合
使
用
欄

様

伺い日 令和 年 月	記載例	担当者	総務部長	庶務係
施行日 令和 年 月				

※関東ITソフトウェア健康保険組合

健康保険 資格関係証明書発行願

被 保 険 者	記号	901	氏 名	健保 太郎						
	番号	1234	生年月日	昭和 平成	61	年	1	月	12	日
	事業所名	※勤務していた（している）事業所名をご記入ください 株式会社けんこう								

・申請者は当組合に加入していた方（している方）に限ります

申 請 者	氏 名	健保 花子	被保険者との 続 柄	※該当する続柄の□に○してください 被保険者 ☐ 被扶養者（家族） ☒	
	住 所	〒 112-0012 東京都文京区大塚〇-〇-〇	備考		
	建物名・部屋番号→	けんこうハウスB102号室			
	電話番号	※平日9時から16時までの連絡先を必ず記入してください。 ☎ 090-1234-xxxx			

記載内容に不備等があった場合、お電話番号の記載がないと証明書の交付ができません。必ずご記載ください。

発行する証明書	※該当する□に○してください ☐ 資格取得日（被扶養者認定日） ☒ 資格喪失日（被扶養者削除日）				
発行する証明書の対象者	※該当する□に○してください ☐ 被保険者のみ ※被扶養者の資格証明を必要とする場合				
被扶養者氏名（家族）		続柄	証 明 事 項 ※該当する□に○してください		
健保 花子		妻	認定年月日	☒	削除年月日
			認定年月日		削除年月日
			認定年月日		削除年月日
			認定年月日		削除年月日
証明書の使用目的 該当に○してください →	☒ 健康保険加入のため		健康保険脱退のため	その他	↓具体的な理由を記入してください

・証明を希望する被扶養者（家族）の氏名と続柄を記載してください。
・必要事項の□に○を入れてください。