

◇ F A X または P D F でも送付可能です ◇

F A X : 076-444-8037

メール : info@tisintecgrp-kenpo.or.jp

資格取得や離脱証明の発行を請求する用紙です。

部分にご記入ください。

〒930-8577

令和 年 月 日

富山県富山市牛島新町5-5

TISインテックグループ健康保険組合 殿

申請者氏名

被保険者との関係

連絡先Tel

健康保険 資格取得・喪失証明発行請求書

請求理由(あてはまる□にチェックしてください)

- ☐ 国民健康保険加入または離脱のため ☐ 他の健保等へ被扶養者申請を行うため
☐ その他()

注意:退職後、当健保組合の任意継続被保険者となる場合は発行請求不要です。

被保険者(又は過去の被保険者情報)について記入する欄

申請者本人の場合、氏名欄は記入不要

氏名				生年月日	昭和 平成
現住所	〒				
記号		番号		←保険証返却済みの方は記入不要	
事業所名 (勤務していた事業所名)					
入社年月日	昭和・平成・令和	年	月	日	退職年月日 令和 年 月 日

証明が必要な方について記入してください(本人含む)

氏名	続柄	生年月日	証明が必要な日付 (認定日・離脱日いずれか証明が必要なものに○をつけてください)	
		昭・平・令	認定日 離脱日	令和 年 月 日
		昭・平・令	認定日 離脱日	令和 年 月 日
		昭・平・令	認定日 離脱日	令和 年 月 日
		昭・平・令	認定日 離脱日	令和 年 月 日

申請者が加入被保険者及び被扶養者以外の方である場合、下記に被保険者又は被扶養者の委任が必要です

この申請及び証明書の受領を上記申請者へ委任します。 令和 年 月 日

委任者氏名

申請者との関係:

現住所:

証明書の送付希望先が上記被保険者(又は過去の被保険者情報)欄と異なる場合は記入してください

証明書送付宛先氏名	
証明書送付先住所	〒