

記入例

総務課	適用課	担当者

人材派遣健康保険組合理事長 宛

既に任意継続の資格を喪失し、保険証の記号番号が分からない場合は、記載不要です。

各種証明書発行願

下記の通り、証明書を発行して頂きますようお願い致します。

注) 氏名自署の場合は印不要

被保険者記号番号	記号 9000 番号						
被保険者氏名	派遣 三郎 添印						
生年月日	昭和 ・平成 50 年 3 月 16 日						
被保険者の現住所	〒 112 - 0013 東京都文京区音羽 2-10-2 音羽NSビル						
電話番号	自宅・携帯 090 - - x x x x						
発行する証明書 <small>(該当証明に をしてください)</small>	資格証明 喪失証明 削除証明 納入証明 (証明期間：平成 23 年支払分・平成 年支払分)						
証明対象者 <small>(該当する箇所に をしてください)</small>	被保険者のみ 被扶養者を含む 証明対象者指定						
	<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%;"><small>証明対象者を指定する場合は、氏名・続柄を記入してください。</small></td> <td style="width: 25%;">氏名</td> <td style="width: 25%;">続柄</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>	<small>証明対象者を指定する場合は、氏名・続柄を記入してください。</small>	氏名	続柄			
<small>証明対象者を指定する場合は、氏名・続柄を記入してください。</small>	氏名	続柄					
上記証明書の使用目的	提出先 税務署 目的 確定申告のため						

納入証明書は、保険料をお支払いただいた月（振込日）を元に作成いたします。保険料の該当月ではありませんのでご注意ください。

1. 証明書発行願には、返信用封筒及び返信用切手が必要となります。
2. 何かございましたら、人材派遣健康保険組合 03-5319-5863 までお問合せください。

郵送先：〒112 - 0013
東京都文京区音羽 2 - 10 - 2 音羽NSビル
人材派遣健康保険組合 適用課 宛