



健康保険資格証明書発行依頼書

提出日	令和 年 月 日	「資格喪失証明書」は退職日の5日前から交付可能です。事前に申請されても、これより前には交付できませんのでご注意ください。	
健康保険の記号		健康保険の番号	※保険証の番号が不明な方は、社員コードを記入してください
事業所名	株式会社		支店
	部	課	連絡先Tel - -
被保険者氏名		生年月日	S・H 年 月 日
退職日(予定日)	令和 年 月 日	退職(予定)	
証明書の種類	<input type="checkbox"/> 資格喪失証明書 <input type="checkbox"/> 資格(加入期間)証明書		
使用目的	<input type="checkbox"/> 国民健康保険に加入するため <input type="checkbox"/> 他の健康保険組合に提出するため <input type="checkbox"/> 出産育児一時金請求のため (出産予定日 令和 年 月 日) ※出産育児一時金請求の場合、請求先となる健康保険組合を選択してください <input type="checkbox"/> 他の健康保険組合 <input type="checkbox"/> 当健康保険組合 (資格喪失後は法定給付のみとなり、付加給付はありません) <input type="checkbox"/> その他 ()		
送付先	<input type="checkbox"/> 所属(社内便) <input type="checkbox"/> 自宅 (切手を貼り、送付先住所・氏名を記入した返信用封筒を添付してください) ※自宅へ送付希望の場合は送付先住所・連絡先電話番号を記入してください 〒 - - Tel - -		
証明が必要となる被扶養者(被保険者本人分のみ希望の場合は記入不要)			

※ 太枠内に記入し、社内便または郵送にて送付してください。
 郵送の場合、送付先は下記となります。

〒 103-0016 東京都中央区日本橋小網町9番2号
 SMBC日興証券グループ健康保険組合 適用係 宛

【注意点】

- 自宅へ送付希望の方は、必ず返信用封筒(110円切手を貼り、送付先住所・氏名を記入)を添付してください。
- 「資格喪失証明書」は、退職日の5日前から交付可能となります。それ以前の交付はできませんのでご了承ください。あわせて送付先にもご注意ください。