健康保険組合			
常務理事	事務長	係長	係員

適用事業所	
部課長名	担当者名

健康保険　各種証明書　発行申請書

被保険者等　記号　番号 記号　　番号	適用事業所名称
被保険者氏名	被保険者の生年月日 昭和・平成　　年　　月　　日
発行申請証明書類名	**1. 資格証明書** **2. 在籍証明書** **3. 資格喪失(削除)証明書** **4. その他(　　)**
発行申請理由(使用目的等)	
備考欄 **現在の記号－番号以外の証明書** **必要である　・　必要でない** (○印をつけてください)	

上記のとおり証明書の発行を申請いたします。

レイズネクスト健康保険組合理事長　様

年　　月　　日

〒

住　所

申請者　　氏　名

電話番号

[注意事項等]

1. 健康保険被保険者等の記号・番号が不明の場合は、省略可能です。
2. 発行申請書類名と発行申請理由を記入ください。
3. FAX№. 045－225－9237