

常務理事		担当者

藤倉コンポジット健康保険組合 御中

証明書交付願

被 保 険 者	記 号		番 号		
	事業所名				
	氏 名			性別	男 ・ 女
	生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日
	資格取得年月日	昭和 平成 令和	年	月	日
	資格喪失年月日	令和	年	月	日

交付を受けたい証明書に○をつけてください。

証明書種類		提出先及び用途	
		提出先	使 途
1	資格証明書		
2	資格取得証明書		
3	資格喪失証明書		
交付を受ける方		被保険者・世帯全員・被扶養者（続柄 氏名： ）	

年 月 日

< 請求者 >

住 所 (〒 -)

送付先住所 (〒 -)

(現住所と送付先が違う場合は送付先をご記入下さい)

氏 名

受付日付印