

常務理事	事務長	業務課長	担当者

令和 年 月 日

B I P R O G Y健康保険組合 御中

## 証 明 書 発 行 願

保険証記号		保険証番号							
氏名									
*所属・メールコード									
連絡先 (*内線)									

\*社員の方はご記入ください

該当欄にをし、必要事項をご記入ください。

<input type="checkbox"/>	被保険者の資格 ( <input type="checkbox"/> 取得 / <input type="checkbox"/> 喪失) 資格喪失 (予定) 者の方はご記入ください 資格喪失 (予定) 日: 年 月 日
<input type="checkbox"/>	被扶養者 (氏名: ) の資格 ( <input type="checkbox"/> 取得 / <input type="checkbox"/> 喪失) の証明
<input type="checkbox"/>	給付金支給証明 ( <input type="checkbox"/> 確定申告 / <input type="checkbox"/> その他: )
<input type="checkbox"/>	出産育児一時金不支給証明
使 用 目 的	
用 紙 ・ 種 別	<input type="checkbox"/> 添付書類 <input type="checkbox"/> 特になし
作 成 希 望 日 時	年 月 日 時頃迄
備 考	

退職 (予定) 者の方は喪失日 (退職日の翌日) 以降、自宅宛に送付いたしますのでご記入ください。

送 付 先 住 所	〒
-----------	---

(ここで知り得た個人情報は、当組合のプライバシーポリシーに従い、健康保険業務以外には使用いたしません。)