## 健康保険任意継続被保険者加入期間証明願

健康保険任意継続被保険者の加入期間を証明してください。

### ■太枠のみ記入してください。

申請者(返送先になります)

<u>Ŧ</u>	_	_
<u>住所</u>		
<u>氏名</u>		

受付日付印

※この証明書で保険診療はできません。

## 健康保険任意継続被保険者加入期間証明書

被保険者証の記号番号	5000	00019	) –	-				-4桁-	ハ場合は、納6 7桁ー001の			記入し
被保険者氏名												
被保険者生年月日			昭	和 • 〕	平成	年		月	日			
資格取得年月日	令和	年	月	日	資 格	喪失	年 月	日	令和	年	月	日
被扶養者氏名	生生	年	月	日	認定	年	月	B	解除	年	月	日
	昭和 平成 令和	年	月	日	令和	年	月	日	令和	年	月	日
	昭和 平成 令和	年	月	日	令和	年	月	日	令和	年	月	日
	昭和 平成 令和	年	月	日	令和	年	月	日	令和	年	月	日
	昭和 平成 令和	年	月	日	令和	年	月	日	令和	年	月	日
	昭和 平成 令和	年	月	日	令和	年	月	日	令和	年	月	日

上記のとおり相違ないことを証明します。

令和 年 月 日

全国健康保険協会山梨支部長

# 記入例

## 健康保険任意継続被保険者加入期間証明願

健康保険任意継続被保険者の加入期間を証明してください。

### ■太枠のみ記入してください。

申請者(返送先になります)

<u>₹ 400</u>	- 0000	
住託 甲属	守市丸の内○○一○○一(	)
<u>    T.F./                                      </u>	111111111111111111111111111111111111111	
	健 保 太 郎	
<u>氏名</u>		<u>様</u>

	内を記入してください。
--	-------------

受付日付印

※この証明書で保険診療はできません。

### 健康保険任意継続被保険者加入期間証明書

被保険者証の記号番号	番号がわからない場合は、納付書の納付番号 (例)19-4桁-7桁-001のうち、7桁の番号を記入してください。							
被保険者氏名	健 保 太 郎							
被保険者生年月日	昭和・平成 45 年 10 月 1 日							
資格取得年月日	令和 年 月 日	資格喪失年月日	令和 年 月 日					
被扶養者氏名	生 年 月 日	認定年月日	解除年月日					
健 保 花 子	昭和 平成 <b>48</b> 年 <b>3</b> 月 <b>3</b> 日 令和	令和 年 月 日	令和 年 月 日					
健 保 一 郎	昭和 平成 <b>15</b> 年 <b>8</b> 月 <b>9</b> 日 令和	令和 年 月 日	令和 年 月 日					
	田和 平成 年 月 日 令和	令和 年 月 日	令和 年 月 日					
	昭和 平成 年 月 日 令和	令和 年 月 日	令和 年 月 日					
	昭和 平成 年 月 日 令和	令和 年 月 日	令和 年 月 日					

上記のとおり相違ないことを証明します。

令和 年 月 日

全国健康保険協会山梨支部長