

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。

太枠内のみ記入してください。

申請者（返送先になります）

〒

-

住所

氏名

様

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	5 0 0 0 0 0 1 9 -			番号がわからない場合は、納付書の納付番号 (例) 1 9 - 4 桁 - 7 桁 - 0 0 1 のうち、7 桁の 番号を記入してください。
被 保 険 者 氏 名	印			
被 保 険 者 生 年 月 日	昭和 ・ 平成 年 月 日			
資 格 取 得 年 月 日	平成 年 月 日	資 格 喪 失 年 月 日	平成 年 月 日	
被 扶 養 者 氏 名	生 年 月 日	認 定 年 月 日	解 除 年 月 日	
	平成 昭和 年 月 日	平成 年 月 日	平成 年 月 日	
	平成 昭和 年 月 日	平成 年 月 日	平成 年 月 日	
	平成 昭和 年 月 日	平成 年 月 日	平成 年 月 日	
	平成 昭和 年 月 日	平成 年 月 日	平成 年 月 日	
	平成 昭和 年 月 日	平成 年 月 日	平成 年 月 日	

上記のとおり相違ないことを証明します。

平成 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。

太枠内のみ記入してください。

申請者（返送先になります）

〒 400 - 0000

住所 甲府市丸の内 -

氏名 健 保 太 郎 様

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	50000019 - 1234			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			健保®
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	平成 年 月 日	資 格 喪 失 年 月 日	平成 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	平成 昭和 48 年 3 月 3 日	平成 年 月 日	平成 年 月 日	
健 保 一 郎	平成 昭和 15 年 8 月 9 日	平成 年 月 日	平成 年 月 日	
	平成 年 月 日	平成 年 月 日	平成 年 月 日	
	平成 年 月 日	平成 年 月 日	平成 年 月 日	
	平成 年 月 日	平成 年 月 日	平成 年 月 日	

上記のとおり相違ないことを証明します。

平成 年 月 日

全国健康保険協会山梨支部長