

村田製作所健康保険組合		
事務長	確認	受付

**※要注意※**  
**資格証明書では医療機関の受診はできません。**

**【注意事項】**

- 資格喪失証明書(退職によるもの)は、退職日以後10日程で発行します  
 (会社からの資格喪失届を受理した後に発行しますので、手続き状況によってはお時間をいただくことがあります)
- 証明書は全てご自宅住所に送付致します。  
 現住所以外に送付を希望される場合は、新住所欄に記入下さい。
- 提出先: 社内メール便・・・ MMC本社内 健康保険組合(MK8400)  
 郵送の場合・・・ 〒617-8555 京都府長岡京市東神足1-10-1

## 健康保険 資格証明書発行申請書

被 保 険 者 の 情 報	健康保険の記号一番号	氏名コード	氏名 <small>(フリガナ)</small>	生年月日
	—			1.昭和 年 月 日 2.平成
	退職(予定)日	※退職予定がある場合のみ記入		☎日中連絡可能な番号
	令和 年 月 日			メールアドレス
			※お問合せの際に利用します	
現住所				
〒 — 都 道 府 県				

証 明 書 に つ い て	証明対象者 (いずれかに✓)		証明書の使用目的 (いずれかに✓)		証明書の提出先 (いずれかに✓)	
	<input type="checkbox"/> ①被保険者のみ <input type="checkbox"/> ②被保険者・被扶養者全員 <hr/> <input type="checkbox"/> ③証明対象者指定 <small>(下記に記入してください)</small>		<input type="checkbox"/> ①国民健康保険加入のため <input type="checkbox"/> ②家族の扶養に入るため <input type="checkbox"/> ③資格を証明するため <input type="checkbox"/> ④その他 <small>( )</small> ※医療機関の受診はできません		<input type="checkbox"/> ①お住まいの市区町村 <input type="checkbox"/> ②医療機関 <input type="checkbox"/> ③その他 ( )	
	続柄	対象者氏名	証明書送付先 (上記現住所以外への送付を希望する場合に記入)			
			〒 - 都 道 府 県			
			郵送(新住所)			

-----  
 受付日付印