常務理事		係

SMBC ﾌｧｲﾅﾝｽｻｰﾋﾞｽ健康保険組合理事長　殿

証明書発行依頼書

該当にチェック ✔	発行希望の証明書	必要事項	備考
	①資格喪失証明書	誰の （　　）	
	②保険料納付証明書	期間 年　月 ～ 年　月	
	③その他	理由	

記入日　令和　　年　　月　　日

保険証	記号		番号		被保険者氏名（自署）	
自宅住所	〒　　－ TEL					
所属	所属名： オフィス名：　　オフィス　／　店番： ※ オフィス名があればオフィス名、行内メールで店番がある場合は店番も記入してください。					
送付希望先（どちらかに○）	所属宛　・　自宅宛			※出勤している場合は、原則　社内メール・行内メールを利用して「所属宛」にお送りします。		
備考欄	※在職中の方で自宅宛とする場合は、備考欄にその理由を記入してください。					

（書類送付先）　〒460－8670
愛知県名古屋市中区丸の内 3 丁目 23 番 20 号
SMBC ﾌｧｲﾅﾝｽｻｰﾋﾞｽ健康保険組合
TEL　052－310－1590
FAX　052－310－2009