

令和 年 月 日

関東めつき健康保険組合 宛

健康保険資格取得・喪失等証明書発行願い

必要な証明書 (○をつける)	資格取得 ・ 扶養認定 ・ 資格喪失 ・ 扶養削除
記号－番号	(記号) (番号)
被保険者住所	〒 —
被保険者氏名	Ⓜ
電話番号	— —

証明 の 必要 な 被 扶 養 者	続柄	被扶養者氏名

※原則、証明書は記載いただいた被保険者住所へお送りします。