

常務理事	事務長	部長	課長	係長	係

東京都報道事業健康保険組合 理事長 殿

資 格 証 明 交 付 申 請 書

			交付番号	No.
事業所名称				
被保険者等記号・番号			-	
被保険者の氏名				
被保険者の生年月日			昭和・平成・令和 年 月 日生	
被扶養者の氏名	続柄	性別	生 年 月 日	
		男・女	昭和・平成・令和	年 月 日生
		男・女	昭和・平成・令和	年 月 日生
		男・女	昭和・平成・令和	年 月 日生
		男・女	昭和・平成・令和	年 月 日生
<div>&lt;交付申請の理由&gt;</div> <div>1. 被保険者の資格取得</div> <div>2. 被保険者の資格喪失</div> <div>3. 被扶養者の認定</div> <div>4. 被扶養者の削除</div> <div>5. その他</div>				

上記につき、 \_\_\_\_\_ に必要があるため、交付申請します。

令和 年 月 日

〒 -

住所

申請者

氏名