

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
<交付申請の理由>				
1. 被保険者の資格取得 2. 被保険者の資格喪失 3. 被扶養者の認定 4. 被扶養者の削除 5. その他				

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