

常務理事	事務長	担当

レゾナック健康保険組合 常務理事 殿

資格取得・喪失証明書 発行願

依頼者情報	申請年月日	令和 年 月 日		事業所（会社）の 名称			
	被保険者等 記号・番号	記号	番号	被保険者氏名		(7ガナ)	
	生年月日	☐ 昭和 ☐ 平成 年 月 日					
	被保険者住所	(〒 -)					
	電話番号	()					
	送付先 ※被保険者住所と異なる場合のみ記入	住所	(〒 -)				
		受取人 氏名		被保険者 との続柄		受取人 電話番号	()
	発行希望日	令和 年 月 日 ※余裕をもってご依頼ください。					
依頼目的・提出先	<目的>				<提出先>		

依頼内容	発行する証明書 (いずれかに✓)	☐ 資格取得証明書 ☐ 資格喪失証明書（退職日： 年 月 日）				
	証明対象者 (いずれかに✓)	☐ 被保険者のみ ☐ 被保険者・被扶養者全員 ☐ 対象者指定（下記にご記入ください↓）				
		対象者氏名		被保険者 との続柄		

遺族記入欄	ご遺族が依頼される場合にご記入ください。 ※依頼できるご遺族は「権利承継届」を提出した方に限ります。					
	発行が必要な方の 氏名	(7ガナ)	生年月日	☐ 昭和 ☐ 平成 年 月 日 ☐ 令和	被保険者 との続柄	

※記入内容を訂正される場合は、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容をご記入ください。
二重線上には訂正印または記入者のフルネーム署名が必要です。
※退職者またはご遺族が依頼される場合は、本人確認書類*の写しが必要です。
* 公的機関等が発行するもので、氏名、生年月日及び住所の記載があるもの。（マイナンバー記載がないもの）
例）運転免許証のコピー等