

被保険者 資格 取得 証明 願
被扶養者 喪失

令和 年 月 日

住友商事健康保険組合理事長

〒 ー

申請者住所 _____

氏名 _____ ㊟

署名する場合、押印を省略可

貴保険組合の被保険者 資格を 平成 年 月 日から 取得 していることを
被扶養者 証明して下さい。

被保険者証の記号番号	記号		番号	
被保険者 住所 被扶養者	〒 ー			
被保険者 氏名 被扶養者	続柄	性別	生年月日	備考
		男 女	昭 平 年 月 日 令	
		男 女	昭 平 年 月 日 令	
		男 女	昭 平 年 月 日 令	
		男 女	昭 平 年 月 日 令	
		男 女	昭 平 年 月 日 令	
証明書の提出先				