

ライク健康保険組合理事長 宛

## 資格証明書発行願

下記の通り、証明書を発行して頂きますようお願い致します。

被保険者記号番号	記号	番号	
被保険者氏名			
生年月日	昭和・平成・令和	年	月 日
被保険者の現住所	〒 —		
電話番号	自宅・携帯	—	—
発行する証明書	・資格証明(喪失・削除証明を含む)		
証明対象者 (該当する箇所に○をしてください)	被保険者のみ	被扶養者を含む	証明対象者指定
	証明対象者を指定する場合は、氏名・続柄を記入してください。	氏名	続柄
上記証明書の使用目的	《提出先》	《目的》	

1. 返信用封筒(郵便番号・住所・氏名を記入し切手を貼付したもの)を同封してください。
2. 何かございましたら、ライク健康保険組合 06-6362-1133 までお問合せください。

郵送先: 〒530-0017  
大阪府大阪市北区角田町8番1号大阪梅田ツインタワーズ・ノース19階  
ライク健康保険組合 宛

<組合使用欄>

受付日付印

常務理事	事務長		担当者

ライク健康保険組合