

伺	平成	年	月	日
常務理事	事務長	課長	係	

被 保 險 者 資 格 取 得 証 明 願
被 扶 養 者

平成 年 月 日

神戸貿易健康保険組合 様

神戸貿易健康保険組合の 被保険者 被扶養者 の資格を 取得 喪失 していることを証明
してください。

記号 _____ 番号 _____

〒

(申請者) 住所 _____

Tel _____

氏名 _____ (印)