

証明書発行申請書 (喪失者・相続人・代理人用)

常務理事	事務長		担当

申請者	申請者区分	<input type="checkbox"/> 資格喪失者 ⇒ (1)を記入。添付書類A <input type="checkbox"/> 法定相続人 ⇒ (2)を記入。添付書類B・E <input type="checkbox"/> 法定代理人 ⇒ (1)(3)を記入。添付書類C・E <input type="checkbox"/> 任意代理人 ⇒ (1)(4)を記入。添付書類D・E	記号 - 番号 ※不明の場合は 未記入で可	-
	(1)申請者情報記入欄 ※法定・任意代理人が申請者の場合は証明書発行対象者の情報を記入			
	住所 〒	-	勤務していた事業所名	
	氏名(フリガナ)	Ⓜ ※申請者本人が氏名を 記入した場合は押印不要	続柄	自宅電話 () -
	添付書類A:申請者本人である旨の確認用 ※次のうちいずれかのコピー1点 ①運転免許証(国際免許証を除く。本籍欄・番号は塗りつぶす。有効期限内のものに限る。住所変更された場合は両面とも必要) ②住民票(本籍欄は不要、発行日から6ヶ月以内のもの) ※上記書類と住所が異なる場合は公共料金の領収書コピー(電気、都市ガス、水道、電話、NHKのいずれか。本人名義のもの)も添付 ※対象者と申請者の名字が異なる場合は戸籍抄本(発行日から6ヶ月以内のもの)も添付			
	(2)法定相続人の記入欄			
	住所 〒	-		
	氏名(フリガナ)	Ⓜ ※法定相続人本人が氏名を 記入した場合は押印不要	電話 () -	添付書類E: 住所が証明されているもの1点を含む いずれかのコピー2点以上 ①運転免許証(国際免許証を除く。 本籍欄・番号は塗りつぶす。有効 期限内のものに限る。住所変更され た場合は両面とも必要。) ②住民票(本籍欄は不要、発行日か ら6ヶ月以内のもの) ③パスポート(写真が記載されてい るページ) ④マイナンバーカード ⑤年金手帳または基礎年金番号 通知書 ⑥年金証書 ⑦外国人登録証明書 (在留資格があり、在留期限まで90 日以上あるもの。住所変更された場 合は両方とも) ※上記書類と住所が異なる場合は 公共料金の領収書コピー(電気、都 市ガス、水道、電話、NHKのいず れか。本人名義のもの)も添付 ※弁護士の場合、印章・登録番号の 提示または所属事務所の名称・住 所等記載の日付連又は弁護士会 発行の身分証明書も添付
	添付書類B:法定相続人である旨の確認用 ※次のいずれかのコピー1点 法定相続人と証明書発行対象者の身分関係を示す戸籍抄本または謄本(発行日から6ヶ月以内のもの) ※既に戸籍から削除されている場合は除籍抄本または謄本(発行日から6ヶ月以内のもの) ※戸籍改製により戸籍謄本および除籍謄本がない場合は改製原戸籍抄本または謄本 (発行日から6ヶ月以内のもの) 添付書類E:右欄参照			
	(3)法定代理人記入欄			
住所 〒	-			
氏名(フリガナ)	Ⓜ ※法定代理人本人が氏名を 記入した場合は押印不要	電話 () -		
添付書類C:法定代理人である旨の確認用 ※次のうちいずれかのコピー1点 ①戸籍抄本または謄本(発行日から6ヶ月以内のもの) ②家庭裁判所の証明書 ③その他裁判所発行の書類 添付書類E:右欄参照				
(4)任意代理人記入欄				
住所 〒	-			
氏名(フリガナ)	Ⓜ ※任意代理人本人が氏名を 記入した場合は押印不要	電話 () -		
添付書類D:代理人の旨の確認用 ※次のものすべて ①本人の委任状(本人の署名・捺印は必須) ②本人の委任状に使われた本人の印鑑証明書 添付書類E:右欄参照				
証明書発行対象者 (複数記入可)	氏名(フリガナ)	申請者との関係		

必要な証明書の番号に○をつけ、必要事項を記入してください。			
1	健康保険資格喪失・削除証明書 ※喪失(削除)日以降でないと発行できません。	被扶養者の分も必要な場合 は右欄を記入してください。	続柄 養者氏名
2	健康保険加入期間の証明		
3	各種医療費通知 ※いずれかにチェックしてください		
	<input type="checkbox"/> 医療費のお知らせ	1年間(1月~12月)、家族全員がどれだけ医療費を使ったか、 理解できるようになっている。	平成・令和 年分
	<input type="checkbox"/> 保険給付金・支給決定通知書	デクセリアルズ健保が給付する一部負担還元金、家族療養付加金など の内訳がわかるようになっている。	平成・令和 年 月 支給分 ~平成・令和 年 月 支給分
4	国民年金第3号被保険者資格取得届等の証明		
5	その他 名称(内容)		

【個人情報保護に関して】 ※回答に際して指定の用紙があれば添付のこと
※個人情報保護ポリシー(基本方針)に則り、取り組みを推進しています。 <2024.12>
※次に示すいずれかに該当した場合は、あらかじめ本人の同意を得ないで、当該利用目的の範囲を越えて個人情報を取扱うことがあります。 受付日付印
1.法令に基づく場合
2.人の姓名、身体又は財産の保護に必要がある場合であって、本人の同意を得ることが困難であるとき
3.公衆衛生の向上又は児童の健全な育成の推進のために特に必要がある場合であって、本人の同意を得ることが困難であるとき
4.国の機関若しくは地方公共団体又はその委託を受けた者が法令を定める事務を遂行することに対して協力する必要がある場合であって、
本人の同意を得ることにより当該事務の遂行に支障を及ぼすおそれがあるとき
※個人情報の照会、修正等を希望される場合は、下記担当窓口までご連絡いただければ、合理的な範囲ですみやかに対応させていただきます。
〒104-0031 東京都中央区京橋1-6-1 三井住友海上テブコビル9F デクセリアルズ株式会社社内
デクセリアルズ健康保険組合 TEL : 03-3538-1235