

オリエンタルランド健康保険組合			
常務理事	事務長	係員	係員

## 健康保険証明書発行願

オリエンタルランド健康保険組合 御中

※記入、または☑をしてください

申請日 令和 年 月 日

被保険者証	記号		番号	
被保険者	氏名	<small>(フリガナ)</small>		
	生年月日	□昭和 □平成 年 月 日		
	電話番号	( ) ※平日の日中に連絡が取れる電話番号		
事業所(会社)の名称		内線	-	従業員番号
証明申請対象者 ※被保険者本人の 証明書が必要な場合は ☑をしてください	氏名	生年月日		続柄
	□ 被保険者	上記と同様		本人
		□昭和 □平成 □令和	年 月 日	
		□昭和 □平成 □令和	年 月 日	
		□昭和 □平成 □令和	年 月 日	
		□昭和 □平成 □令和	年 月 日	
証明書の種類	□ 在籍証明 □ 削除証明 □ 資格証明(緊急時、保険証再発行中のときのみ) □ その他( )			
使用目的				
提出先				
使用期間 (資格証明のとき記入)	令和 年 月 日 より 1週間			

※資格証明書の有効期間は1週間です。期間経過後は必ず健康保険組合に返却してください。

※傷病手当金、出産手当金、医療費のお知らせ等、給付金関係の証明を希望する場合は、  
その他( )欄に給付金の種類と証明期間を記入してください。

発行後、証明書は窓口にてお渡しします。  
任意継続被保険者、または被保険者本人が受け取りに来られない場合、以下にチェックをし、  
住所を記入してください

→ □郵送による受け取りを希望いたします

〒

送付先  
住所

受付日付印