

受付年月日

年 月 日

原本証明依頼書

CNCグループ健康保険組合 様

太枠で囲んだところをすべてご記入ください

| | | | | | | | |
|---|--|---|-------|-------|------|---|-------|
| 被保険者証の記号・番号 | | 記号 | | 番号 | | | |
| 被保険者本人 | フリガナ | | | | 生年月日 | <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 | 年 月 日 |
| | 氏名 | | | | | | |
| 対象者 (被保険者と同一 の場合は省略) | フリガナ | | | | 生年月日 | <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 | 年 月 日 |
| | 氏名 | | | | | | |
| | 被保険者との続柄 | | | | 性別 | <input type="checkbox"/> 男 ・ <input type="checkbox"/> 女 | |
| 原本証明送付先 (いずれかを選択してください) | <input type="checkbox"/> | 勤務先 | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> | 被保険者本人の住所 (〒 -) <small>※海外への送付はできません。 海外への送付をご希望される場合は、上記 在籍事業所の人事健保担当者 を選択してください。</small> | | | | | |
| 原本証明を 依頼する書類 | | 書類名 | | | | | |
| | A | | | | | | |
| | B | | | | | | |
| | C | | | | | | |
| | D | | | | | | |
| 依頼理由 | <input type="checkbox"/> 確定申告で使用するため <input type="checkbox"/> 市区町村等の医療費助成を受けるため <input type="checkbox"/> その他() | | | | | | |
| 上記のとおり原本証明を依頼します。 | | | | | | | |
| 令和 年 月 日 | | | | | | | |
| 被保険者 氏 名 Ⓜ | | | | | | | |
| 連絡先 () | | | | | | | |
| 健保記入欄 | 送付先 | <input type="checkbox"/> 勤務先 <input type="checkbox"/> 被保険者本人の住所 | 送付年月日 | 年 月 日 | | | |

※「原本証明依頼書」は、請求書や証明を依頼する書類と合わせてご提出願います。
 また原本証明は「原本証明依頼書」が健保に到着した翌月の発行となりますので、ご了承ください。