

資格証明書交付依頼書

令和 年 月 日

日本私立学校振興・共済事業団

理事長 殿

請求者氏名 加入者との続柄 ()

住所 〒

電話 ()

《請求理由》

下記の該当する番号を○で囲んでください(複数可)。

- 1 他の健康保険制度・共済組合等へ加入手続きをする
- 2 国民年金へ加入手続きをする
- 3 加入者・被扶養者期間を確認する
- 4 その他 (具体的に記入してください)

フリガナ		生 年 月 日				加入者等記号・番号								
加入者氏名		昭 平	年	月	日	県コード	学種	学 校 番 号			個 人 番 号			枝番
旧 氏 名														0 0
勤 務 先 の 名 称		加入者等記号・番号				資 格 取 得 年 月 日				資 格 喪 失 年 月 日				
1						昭 平 令 . .				昭 平 令 . .				
2						昭 平 令 . .				昭 平 令 . .				
3						昭 平 令 . .				昭 平 令 . .				
4						昭 平 令 . .				昭 平 令 . .				
5						昭 平 令 . .				昭 平 令 . .				
被 扶 養 者	氏 名	生 年 月 日				続 柄		認 定 日		取 消 日				
		昭 平 令	年	月	日			. .		. .				
		昭 平 令						. .		. .				
		昭 平 令						. .		. .				
		昭 平 令						. .		. .				

(切り取らないでください。)

このたび請求のありました「資格証明書」を送付いたします。

様

※上の枠内には送付先の住所・氏名をご記入ください。

※枠内の「様」は訂正しないでください。

(この用紙は再生紙を使用しております。)