

協発第 110323-02 号
平成 23 年 3 月 23 日

社団法人 日本医師会会長 殿

全国健康保険協会理事長



東北地方太平洋沖地震及び長野県北部の地震に
対する健康保険関係事項証明書の発行について

日頃から当協会の事業運営にご理解、ご協力を賜り厚く御礼申し上げます。

今般、東北地方太平洋沖地震及び長野県北部の地震の影響により、現在、健康保険被保険者証を所持していない被保険者や被扶養者が多数いることから、今般、特例として、被保険者等からの申請により、別添の「健康保険関係事項証明書」を発行することといたしました。

本取扱いにつきまして、貴会会員に対しての周知方、特段のご配慮をよろしくお願い申し上げます。

《全国健康保険協会が発行する証明書》

1. 協会管掌健康保険の被保険者（もしくは被扶養者）の申請により、全国どの協会支部であっても、該当支部の証明を協会支部長名で発行する。
2. 証明書の有効期限は、当面、平成 23 年 5 月末日までとする。
3. 証明書を医療機関等へ持参した場合、健康被保険者証と同様に取り扱う。

被保険者証の記号番号や資格取得年月日など、
ご不明な箇所は省略ください。

申請年月日 平成23年 月 日

健康保険関係事項証明書交付申請書

協会支部	支部	被保険者証	記号：	番号：
被保険者	フリガナ		生年 月日	明・大・昭・平
	氏名			年 月 日生
	資格取得年月日	年 月 日	性別	男・女
被扶養者	フリガナ		生年 月日	明・大・昭・平
	氏名			年 月 日生
	被扶養者となった日	年 月 日	性別	男・女
	フリガナ		生年 月日	明・大・昭・平
	氏名			年 月 日生
	被扶養者となった日	年 月 日	性別	男・女
	フリガナ		生年 月日	明・大・昭・平
	氏名			年 月 日生
	被扶養者となった日	年 月 日	性別	男・女
	フリガナ		生年 月日	明・大・昭・平
	氏名			年 月 日生
	被扶養者となった日	年 月 日	性別	男・女

上記の被保険者（被扶養者）資格を証明願います。

住所
氏名 印
事業所（会社）の名称

※自筆の場合、印は省略できます。 全国健康保険協会 支部長殿

証明年月日 平成23年 月 日

健康保険関係事項証明書

上記の被保険者（被扶養者）は、現に全国健康保険協会が管掌する健康保険の被保険者（被扶養者）の資格を有することを証明します。

全国健康保険協会 支部長 印

保険者	番号	
	名称	全国健康保険協会 支部
	所在地	
証明書有効期限	平成23年5月31日まで	
(高齢受給者証の発行がある場合の一部負担金の割合)		

当証明書は、東北地方太平洋沖地震及び長野県北部の地震に伴い、全国健康保険協会にて交付しているものです。

◀医療機関等へのお問い合わせ▶ 当証明書を持参した場合は、被保険者証と同様に取り扱っていただきますようお願いいたします。