

配偶者からの暴力の被害者の保護に関する証明書

(フリガナ) 氏名		男・女
生年月日	明・大・昭・平 年 月 日	
(フリガナ) 同伴者氏名		男・女
生年月日	明・大・昭・平 年 月 日	
(フリガナ) 同伴者氏名		男・女
生年月日	明・大・昭・平 年 月 日	
(フリガナ) 同伴者氏名		男・女
生年月日	明・大・昭・平 年 月 日	
連絡先等		
婦人相談所以外の配偶者暴力相談支援センター 機関名及び代表者氏名 電話番号 婦人相談員 所属機関名及び所属長名 電話番号 受付日 年 月 日		

上記の者について、配偶者からの暴力を理由として保護したことを証明する。

年 月 日

婦人相談所の名称 \_\_\_\_\_

代表者氏名 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

健康保険の加入状況

被保険者（組合員）住所				
被保険者証記号番号	記号		番号	
被保険者（組合員） 氏名				
被保険者（組合員） 生年月日	明・大・昭・平 年 月 日			
被保険者(組合員)の勤務する 事業所名又は船舶所有者名				

平成 年 月 日

(事業所名) 御中

東京港健康保険組合

下記の者については、被保険者証の記載事項に訂正の必要があり、被保険者本人には別途通知しましたので、被保険者本人から被保険者証の提出があった際には、速やかに当健康保険組合あて提出されるようお願いします。

(フリガナ) 被保険者氏名				男・女
生年月日	明・大・昭・平 年 月 日			
被保険者証 記号番号	記号		番号	

平成 年 月 日

(被保険者名) 様

東京港健康保険組合

あなたの被扶養者であった下記の方は、健康保険法第3条に規定する「被扶養者」に該当しなくなりましたので、当健康保険組合において、本日付をもって被扶養者から外しましたことをお知らせいたします。

なお、お持ちの健康保険被保険者証の被扶養者に係るものは、同日以降無効となりますので、被扶養者に係る健康保険被保険者証をお持ちのときは、事業主を通じて速やかに返納いただきますようお願いいたします。

(フリガナ) 被保険者氏名				男・女
生年月日	明・大・昭・平 年 月 日			
被保険者証 記号番号	記号		番号	