

健康保険被保険者資格証明書

交付年月日 年 月 日

保 険 者	保 険 者 番 号						
	名 称						
	所 在 地						
被 保 険 者	被保険者証記号番号	記 号			番 号		
	(フリガナ) 氏 名						男 ・ 女
	生 年 月 日						
	現 住 所						
	資 格 取 得 年 月 日						
被 扶 養 者	(フリガナ) 氏 名						
	生 年 月 日 / 性 別						
	被扶養者になった日 / 続柄						
	(フリガナ) 氏 名						
	生 年 月 日 / 性 別						
	被扶養者になった日 / 続柄						
本証明書発行の理由							

上記の者は、当事業所の使用する健康保険の被保険者で、現にその資格を有することを証明する。

年 月 日

事業所 所在地

名 称

印