

健康保険被保険者資格証明書

交付年月日 年 月 日 交付
有効期限 年 月 日 から 年 月 日 まで

保 険 者	番 号	06138226					
	名 称	H.U.グループ健康保険組合					
	所 在 地	東京都立川市曙町二丁目37番7号					
	電話番号	050-2000-5065					
被 保 険 者	被保険者証 記号番号	記 号		番 号			
	(フリガナ) 氏 名					性 別	
	生年月日	年 月 日					
	現 住 所						
	資格取得年月日	年 月 日					
被 扶 養 者	(フリガナ) 氏 名	生 年 月 日			性別	続 柄	
		年 月 日					
		年 月 日					
		年 月 日					
		年 月 日					
本証明書発行の理由							

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

年 月 日

所 在 地

事業所名称