

記入箇所

健康保険被保険者資格証明書

有効期限 年 月 日から 年 月 日まで
 交付年月日 年 月 日 交付

保 険 者	番 号	06138226				
	名 称	有効期限は交付日から一週間 使用後は、発行履歴簿の写しと共に 必ず健保へ返却すること				
	所 在 地					
	電話番号					
被 保 険 者	被保険者証 記号番号	記 号		番 号		
	氏 名 (フリガナ)				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	氏 名 (フリガナ)	生 年 月 日	性 別	続 柄		
		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

事業主氏名

事業主の証明印

