記載箇所

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

有効期限は交付日から1週間

（注意）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

保険者	番　号				
	名　称				
	所 在 地				
	電話番号				
被保険者	被保険者等記号番号	記　号		番　号	
	(フリガナ)氏　名			性　別	
	生年月日				
	現 住 所				
	資格取得年月日	年　月　日			

被保険者の資格情報を記載

（注意）健保に資格取得届を提出していない場合は、発行することができません

	(フリガナ)氏　名	生 年 月 日	性別	続 柄
被扶養者		年　月　日		
		年　月　日		
		年　月　日		
		年　月　日		

被扶養者認定されている人が資格証明を必要としている場合は記載

本証明書発行の理由	**発行理由を記載**

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