

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 險 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					
被 扶 養 者	(フリガナ) 氏 名			性 別	続 柄	

必ず発行回収管理を行う台帳を作成し、使用後は資格喪失証明書を回収ののち、管理台帳のコピーと共に健康保険組合に送付する。

健康保険資格証明書発行履歴簿

返却確認	交付年月日	有効期限	被保険者名	保険証番号	発行理由
1	年 月 日	月 日 ~ 月 日		-	
2	年 月 日	月 日 ~ 月 日		-	
3	年 月 日	月 日 ~ 月 日		-	
4	年 月 日	月 日 ~ 月 日		-	
5	年 月 日	月 日 ~ 月 日		-	
6	年 月 日	月 日 ~ 月 日		-	
7	年 月 日	月 日 ~ 月 日		-	
8	年 月 日	月 日 ~ 月 日		-	
9	年 月 日	月 日 ~ 月 日		-	
10	年 月 日	月 日 ~ 月 日		-	
11	年 月 日	月 日 ~ 月 日		-	

上記の者は、当事業

所 在 地

事業所名称

本証明書発行の