

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	被保険者等 記号番号	記 号		番 号	
	(フリガナ) 氏 名	必ず発行回収管理を行う台帳を作成し、 使用後は資格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。			
	生年月日				

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	記号-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		-	
		月 日			

上記の者

年 月 日

所 在 地

事業所名称

事業主氏名