

健康保険被保険者資格証明書

年 月 日 交付

有効期間 年 月 日 から 年 月 日 まで

保険者	番号										
	名称										
	所在地										
被保険者	被保険者等 記号・番号	記号				番号	(枝番)				
	(フリガナ) 氏名							性別			
	生年月日	年 月 日									
	住所										
	資格取得日	年 月 日									
被扶養者	(フリガナ) 氏名			性別			性別			性別	
	生年月日	年 月 日		年 月 日		年 月 日					
	枝番										
	被保険者 との続柄										
	被扶養者とな った日	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

事業所名称

所在地

事業主氏名

(印)