

健康保険被保険者資格証明書

有効期間 年 月 日 から 年 月 日 まで
 年 月 日 交付

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)

別紙

※「被扶養者」欄のうち不要の欄は斜線で抹消すること。