

健康保険被保険者資格証明書

交付年月日 平成 年 月 日
有効期間 自 平成 年 月 日 日間
至 平成 年 月 日

被 保 険 者	被保険者証記号番号	記号		番号	
	氏名(性別)	(男・女)			
	生年月日	明・大・昭・平	年	月	日
	現住所				
	資格取得年月日	昭和・平成	年	月	日
受 給 者	氏名(性別)	(男・女)			
	生年月日	明・大・昭・平	年	月	日
	被保険者との続柄				
	現住所				
保 険 者	名称				
	所在地				
	保険者番号				
	電話番号				
本証明書発行の理由					

上記の者は当該事業所に勤務する被保険者で、現にその資格を有することを証明致します。

平成 年 月 日

事業所名称

事業所所在地

事業主氏名

印