

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

※ 有効期間は交付日より5日以内、5日以内に医療機関を受診することが不可能な場合は15日を限度とすること

保 險 者	名 称			保険者番号			
	所 在 地						
被 保 險 者	事業所記号		被保険者整理番号				
	氏 名	(フリガナ)			枝 番		性 別
	生 年 月 日	年 月 日	資 格 取 得 日	年 月 日			
	住 所						
被 扶 養 者 ①	氏 名	(フリガナ)	被保険者との 続 柄		枝 番		性 別
	生 年 月 日	年 月 日	被 扶 養 者 と な つ た 日	年 月 日			
被 扶 養 者 ②	氏 名	(フリガナ)	被保険者との 続 柄		枝 番		性 別
	生 年 月 日	年 月 日	被 扶 養 者 と な つ た 日	年 月 日			
被 扶 養 者 ③	氏 名	(フリガナ)	被保険者との 続 柄		枝 番		性 別
	生 年 月 日	年 月 日	被 扶 養 者 と な つ た 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

※ 「被扶養者」欄のうち、不要な欄は斜線で抹消すること