

# 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 険 者	名 称			保険者番号					
	所 在 地								
被 保 険 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	被扶養者となった日	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	被扶養者となった日	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	被扶養者となった日	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