|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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） |  | 性別 |  |
| 氏名 |  |
| 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） |  | 性別 |  | 性別 |  | 性別 |
| 氏名 |  |  |  |  |  |  |
| 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） |

※「被扶養者」欄のうち不要の欄は斜線で抹消すること。