

# 健康保険資格取得証明書

年 月 日

事業所 所在地  
 名称  
 代表者  
 TEL

印

下記のもの健康保険の資格を取得したことを証明します。

記

保 険 者 名		保 険 者 名 称			
		保 険 者 番 号			
保 険 記 号 番 号		記 号		番 号	
区 分	氏 名	性 別	被 保 険 者 と の 続 柄	生 年 月 日	資 格 取 得 年 月 日
被 保 険 者		男・女	本 人	年 月 日	年 月 日
被 扶 養 者		男・女		年 月 日	年 月 日
被 扶 養 者		男・女		年 月 日	年 月 日
被 扶 養 者		男・女		年 月 日	年 月 日
被 扶 養 者		男・女		年 月 日	年 月 日
被 扶 養 者		男・女		年 月 日	年 月 日

※被扶養者の資格取得のみの場合でも、太線内は必ず記入してください。