

健康保険被保険者資格証明書

有効期間 年 月 日 から 年 月 日 まで

保 険 者	番 号	0 6 2 7 3 6 4 3					
	名 称	徳洲会健康保険組合					
	所 在 地	大阪府大阪市北区梅田 1-3-1-900					
被 保 険 者	被保険者等 記号・番号	記 号		番 号	(枝番 00)		
	(フリガナ) 氏 名					性 別	
	生年月日	年 月 日					
	住民票住所						
	資格取得日	年 月 日					
被 扶 養 者	(フリガナ) 氏 名		性別		性別		性別
	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)

※健康保険組合が被保険者等の資格取得の確認を行っていない者に対する資格証明書の交付については、これを認めないものとする。

※有効期間は発行日より原則5日以内とすること。

※「被扶養者」欄のうち不要の欄は斜線で抹消すること。