

健康保険等資格取得証明書

被 保 険 者 氏 名			
被 保 険 者 住 所			
保 険 者 番 号			
記 号		番 号	

資格取得者

	氏 名	続柄	性別	生 年 月 日	資格取得年月日
本 人		本人		S・H・R ・ ・	・ ・
被 扶 養 者				S・H・R ・ ・	・ ・
				S・H・R ・ ・	・ ・
				S・H・R ・ ・	・ ・
				S・H・R ・ ・	・ ・
				S・H・R ・ ・	・ ・

上記のとおり相違ないことを証明します。

年 月 日

保険者名
(または事業所)

代表者

印

住 所

電 話 : - -