

健康保険被保険者資格証明書

交付年月日 令和 年 月 日 交付

有効期間：令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで

保 険 者	番 号	0 6 1 3 1 2 6 2					
	名 称	古 河 健 康 保 険 組 合					
	所 在 地	東 京 都 千 代 田 区 大 手 町 二 丁 目 6 番 4 号					
被 保 険 者	被 保 険 者 証	記 号		番 号		枝 番	
	氏 名					性 別	男 ・ 女
	生 年 月 日	昭 和 ・ 平 成 年 月 日					
	現 住 所						
	資 格 取 得 年 月 日	昭 和 ・ 平 成 ・ 令 和 年 月 日					
被 扶 養 者	氏 名					性 別	男 ・ 女
	生 年 月 日	昭 和 ・ 平 成 ・ 令 和 年 月 日					
	被 保 険 者 と の 続 柄						
本 証 明 書 発 行 の 理 由		不 携 帯 ・ 紛 失 ・ 手 続 中 ・ そ の 他 ()					

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。

本証明書の有効期間は、交付日から5日間とする。

令和 年 月 日

住 所
事業主 名 称
氏 名