

健康保険被保険者資格証明書

有効期限：平成 年 月 日から平成 年 月 日まで

交付年月日：平成 年 月 日

保 険 者	番 号	0	6	2	2	0	0	7	3	
	名 称	スズキ健康保険組合								
	所 在 地	静岡県浜松市南区増楽町20番地								
被 保 険 者	被保険者証 記号番号	記 号				番 号				
	(フリガナ) 氏 名									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 年 月 日								
被 扶 養 者	(フリガナ) 氏 名			男 ・ 女			男 ・ 女			男 ・ 女
	生年月日	大正・昭和・平成 年 月 日			大正・昭和・平成 年 月 日			大正・昭和・平成 年 月 日		
	被保険者との続柄									
本証明書発行の理由										

上記の者は、当事業所の使用する社員で、現に健康保険組合の被保険者の資格を有することを証明する。

平成 年 月 日

事業所名称

所 在 地

事業主氏名

㊞

※期限後は必ず返却願います。