

健康保険被保険者資格証明書

有効期間 令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで
交付年月日 令和 年 月 日交付

保 險 者	番 号	0 6 2 7 2 0 6 6					
	名 称	大和ハウス工業健康保険組合					
	所 在 地	大阪市北区梅田三丁目3番5号					
被 保 險 者	被保険者証 記号番号 (フリガナ)	記号		番号			
	氏 名						男・女
	生年月日	昭・平	年	月	日		
	現住所						
	資格取得年月日	昭・平・令	年	月	日		
被 扶 養 者	(フリガナ) 氏 名		男女		男女		男女
	生年月日	昭 平 令	年 月 日	昭 平 令	年 月 日	昭 平 令	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被保険者で、現にその資格を有することを証明する。

令和 年 月 日

事業所名称
所在地
事業主氏名

印