

健康保険被保険者資格証明書

年 月 日 交付

有効期間 年 月 日 から 年 月 日 まで

保 険 者	保険者番号	0 6 2 2 0 8 4 2					
	名 称	静岡県自動車販売健康保険組合					
	所 在 地	静岡市駿河区南八幡町22番8号					
被 保 険 者	被保険者等記号番号	記 号		番 号	(枝番)		00
	(フリガナ)						性別
	氏 名						
	生 年 月 日	年 月 日					
	住 所						
	資格取得年月日	年 月 日					
被 扶 養 者	(フリガナ)		性別		性別		性別
	氏 名						
	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

事業所所在地

事業所名称

事業主氏名

印

【健康保険被保険者資格証明書の記入について】

有効期間は2週間にしてください。

年 月 日 交付

有効期間 年 月 日 から 年 月 日 まで

保 険 者	保険者番号	0				被保険者（社員の方）の枝番は全員00 （ゼロゼロ）になります。
	名 称	静岡				
	所 在 地	静岡市駿河区南八幡町22番8号				
被 保 険 者	被保険者等記号番号	記 号		番 号	(枝番)	00
	(フリガナ)					性別
	氏 名					
	生 年 月 日	年 月 日				
	住 所					
	資格取得年月日	年 月 日				
被 扶 養 者	(フリガナ)				性別	性別
	氏 名	被扶養者の枝番は健康保険組合へお問い合わせください。記載が必要です。				
	生 年 月 日	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	年 月 日	
本証明書発行の理由						

「被扶養者」欄のうち、不要の欄は斜線で抹消してください。

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

事業所所在地

事業所名称

事業主氏名

印