

健康保険被保険者資格証明書

交付日：平成 年 月 日

有効期限	平成 年 月 日から	平成 年 月 日迄	(5日間)
------	------------	-----------	-------

保 険 者	番 号	0 6 1 3 8 1 9 2						
	名 称	太陽生命健康保険組合						
	所 在 地	〒101-0032 千代田区岩本町2-4-3 太陽生命神田ビル 2階						
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	年 月 日						
被 扶 養 者	フリガナ 氏 名		男・女		男・女		男・女	
	生 年 月 日	昭和 平成	年 月 日	昭和 平成	年 月 日	昭和 平成	年 月 日	
	被 保 険 者 と の 続 柄							
	認 定 日	昭和 平成	年 月 日	昭和 平成	年 月 日	昭和 平成	年 月 日	
本証明書発行の理由	<input type="checkbox"/> 証交付待ちのため <input type="checkbox"/> 紛失 <input type="checkbox"/> 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。

平成 年 月 日

事業所名称

所在地

事業主氏名

印