

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	〒143-0016 東京都大田区大森北1-17-4								
被 保 険 者	被 保 険 者 証 記 号 ・ 番 号	記号				番号	※右詰記入。前ゼロは不要です			
	フリガナ						男・女			
	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		男・女		男・女		男・女			
	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 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