

健康保険被保険者(被扶養者)資格証明書

国保記号番号

--	--

被保険者 (健康保険の本人)	氏名	
	住所	
	所	
	☎	

被保険者(被扶養者) 氏名	続柄	取得日・喪失日 (いずれか○で囲む)	備考

加入している 保険の名称		国組 協会けんぽ 健保 船員 日雇 共済
保険者番号		
保険証の記号・番号	記号	番号

※ 退職の場合は、退職日の翌日が喪失日となります。

上記のとおり相違ないことを証明します。

年 月 日

会社所在地
会社名
電話番号
担当者名

保険年金
課確認欄

--