平成　　年　　月　　日

健康保険資格取得証明書

所在地

会社名

代表者

　下記の者が当社に在籍しており、健康保険に加入していることを証明いたします。

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 氏　　　名 |  | | | | | |
| 生年月日 | 大正　・　昭和　・平成　　　年　　　月　　　日 | | | | | |
| 記　　　号 |  | | | 番　　　号 | |  |
| 資格取得日 |  | | | | | |
| 被扶養者氏名 | | 性別 | 続柄 | | 生年月日 | |
|  | |  |  | |  | |
|  | |  |  | |  | |
|  | |  |  | |  | |
|  | |  |  | |  | |