

# 健康保険被保険者資格証明書

交付年月日 年 月 日交付

有効期間 年 月 日 から 年 月 日 まで

|   |                  |   |        |             |        |             |        |
|---|------------------|---|--------|-------------|--------|-------------|--------|
| 保<br>険<br>者   | 番 号              | 0 6 1 3 6 0 9 7   |        |             |        |             |        |
|   | 名 称              | 伊藤忠連合健康保険組合   |        |             |        |             |        |
|   | 所 在 地            | 東京都中央区日本橋小伝馬町15-14 日本橋Fビジネスキューブ3F TEL. 03-3662-9951 (業務課) |        |             |        |             |        |
| 被<br>保<br>険<br>者  | 被保険者証<br>記号番号    | 記号  |        | 番号          |        |             |        |
|   | (フリガナ)<br>氏 名    |   |        |             |        |             | 男 ・ 女  |
|   | 生 年 月 日          | 大・昭・平・令 年 月 日   |        |             |        |             |        |
|   | 現 住 所            |   |        |             |        |             |        |
|   | 資 格 取 得<br>年 月 日 | 昭・平・令 年 月 日   |        |             |        |             |        |
| 被<br>扶<br>養<br>者  | (フリガナ)<br>氏 名    |   | 男<br>女 |             | 男<br>女 |             | 男<br>女 |
|   | 生 年 月 日          | 昭<br>平<br>令   | 年 月 日  | 昭<br>平<br>令 | 年 月 日  | 昭<br>平<br>令 | 年 月 日  |
|   | 被保険者との<br>続 柄    |   |        |             |        |             |        |
| 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。<br><br>令和 年 月 日<br><br>事業所名称<br>所 在 地<br>事業主氏名 (印)<br>照会先電話番号 |                  |   |        |             |        |             |        |

## 【注意事項】

- 被保険者の資格取得について、保険者の確認の通知を受けていない者に対する資格証明書の交付については、これを認めないものとする。
- 資格証明書の有効期間は、交付日から十五日を限度とする。
- 被保険者は、資格証明書の有効期間が経過したときは、すみやかに事業主に返付するものとし、事業主はこれを保険者（伊藤忠連合健康保険組合）に提出するものとする。