	健康保	降被(	录除者	資格	証明	書
--	-----	-----	-----	----	----	---

年 月 日 交付

有効期間 年 月 日 から 年 月 日 まで

保険者	番 号	06136097						
	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 3 F TEL.03-3662-9951 (業務課)						
被保険者	被保険者等 記号・番号	記号	番号		(枝番)			
	(フリガナ) 氏 名				性別			
	生年月日			年 月	<u>                                       </u>			
	住所							
	資格取得日			年 月				
被扶養者	(フリガナ)	性別		性別	性別			
	氏 名							
	生年月日	年 月 日	年	月日	年 月 日			
	枝 番							
	被保険者との続柄							
	被扶養者となった日	年 月 日	年	月日	年 月 日			
本発	証 明 書 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。

年 月 日

事業所名称 所 在 地 事業主氏名

(印)

## 別紙

- ※「被扶養者」欄のうち不要の欄は斜線で抹消すること。
- 1 事業主 (健康保険組合の設立事業所の事業主に限る。) は、新規加入者についての医療保険者等向け中間サーバー等へのデータ登録又は資格確認書の交付、返付若しくは再交付が行われるまでの間、被保険者 (任意継続被保険者又は特例退職被保険者を除く。以下同じ。) 又はその被扶養者 (以下「被保険者等」という。) が資格確認書を現に所持しない場合であって、かつ、療養の給付 (家族療養費を含む。) を受ける必要があるときに限り、被保険者に対し健康保険被保険者資格証明書 (以下「資格証明書」という。) を交付することができるものとすること。

なお、健康保険組合が被保険者等の資格取得の確認を行っ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こと。このため、事業主は、健康保険組合から当該確認を行った旨の連絡を受けた者に限り、資格証明書を交付することができるものとすること。

- 2 資格証明書の有効期間は交付日から5日以内を原則とし、交通の便その他やむを得ない事情により当該被保険者等がこの5日以内に保険医療機関及び保険医療養担当規則第 三条各号に掲げるいずれかの方法によって療養の給付を受ける資格があることの確認が できないことが明らかであると認められる場合においても15日を限度とすること。
- 3 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、事業主はこれを健康保険組合に提出するものとすること。