

正

健康保険 被保険者資格証明書

交付年月日 令和 年 月 日

保 險 者	番号	06080352				
	名称	茨城県農協健康保険組合				
	所在地	茨城県水戸市梅香1丁目5番5号 JA会館分館5F				
	連絡先	029-232-2270				

被 保 險 者	①健康保険記号番号	記号		番号		資格 取得日	<input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月 日
		フリガナ						
	②被保険者氏名	氏名						
	③生年月日・性別	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年	月	日	歳	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
④証明書発行理由	「資格確認書」発行手続き中のため							

被 扶 養 者	⑤健康保険記号番号	記号		番号		認定日	<input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月 日
		フリガナ						
	⑥被扶養者	氏名						
	⑦生年月日・性別	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年	月	日	歳	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
⑧証明書発行理由	「資格確認書」発行手続き中のため							

被 扶 養 者	健康保険記号番号	記号		番号		認定日	<input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月 日
		フリガナ						
	被扶養者	氏名						
	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年	月	日	歳	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
証明書発行理由	「資格確認書」発行手続き中のため							

被 扶 養 者	健康保険記号番号	記号		番号		認定日	<input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月 日
		フリガナ						
	被扶養者	氏名						
	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年	月	日	歳	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
証明書発行理由	「資格確認書」発行手続き中のため							

事 業 所	上記の者について、健康保険の被保険者（被扶養者）資格を有することを証明します (事業所) 住所 名称 事業主					有効期限 令和 年 月 日		
						(※) 有効期限が過ぎましたら 健康保険組合に返却して 下さい。		

健康保険 被保険者資格証明書 (健康保険組合控)

交付年月日 令和 年 月 日

保 險 者	番号	06080352					
	名称	茨城県農協健康保険組合					
	所在地	茨城県水戸市梅香1丁目5番5号 JA会館分館5F					
	連絡先	029-232-2270					

被 保 險 者	①健康保険記号番号	記号		番号		資格 取得日	<input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月 日
	②被保険者氏名	フリガナ						
		氏名						
	③生年月日・性別	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年	月	日	歳	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
	④証明書発行理由	「資格確認書」発行手続き中のため						

被 扶 養 者	⑤健康保険記号番号	記号		番号		認定日	<input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月 日
	⑥被扶養者	フリガナ						
		氏名						
	⑦生年月日・性別	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年	月	日	歳	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
	⑧証明書発行理由	「資格確認書」発行手続き中のため						

被 扶 養 者	健康保険記号番号	記号		番号		認定日	<input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月 日
	被扶養者	フリガナ						
		氏名						
	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年	月	日	歳	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
	証明書発行理由	「資格確認書」発行手続き中のため						

被 扶 養 者	健康保険記号番号	記号		番号		認定日	<input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月 日
	被扶養者	フリガナ						
		氏名						
	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年	月	日	歳	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
	証明書発行理由	「資格確認書」発行手続き中のため						

事 業 所	上記の者について、健康保険の被保険者（被扶養者）資格を有することを証明します						有効期限	
	(事業所)						令和 年 月 日	
	住所 名 称 事業主						(※) 有効期限が過ぎましたら 健康保険組合に返却して 下さい。	