

健康保険 被保険者資格証明書

交付年月日 令和 年 月 日

被
保
険
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
険
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	有効期限
(事業所) 住 所 名 称 事業主 印	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。

副

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

被 保 険 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 険 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) 住 所 名 称 事業主						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。			