

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被保険者証	記号	100	番号	520	資格 取得日	<input type="checkbox"/> 平成 <input checked="" type="checkbox"/> 令和	5年5月1日
	②被保険者氏名	フリガナ	ケンコウ ヨシオ					
		氏名	健康 良夫					
	③生年月日・性別	<input type="checkbox"/> 昭和 <input checked="" type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	5年9月3日	29歳	性別	<input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		
④証明書発行理由	「被保険者証」発行手続き中のため							
被 扶 養 者	⑤被保険者証	記号	100	番号	520	認定日	<input type="checkbox"/> 平成 <input checked="" type="checkbox"/> 令和	5年5月1日
	⑥被扶養者	フリガナ	ケンコウ ハナコ					
		氏名	健康 花子					
	⑦生年月日・性別	<input type="checkbox"/> 昭和 <input checked="" type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	6年1月6日	29歳	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input checked="" type="checkbox"/> 女		
⑧証明書発行理由	「被保険者証」発行手続き中のため							
被 扶 養 者	被保険者証	記号	100	番号	520	認定日	<input type="checkbox"/> 平成 <input checked="" type="checkbox"/> 令和	5年5月1日
	被扶養者	フリガナ	ケンコウ イチロウ					
		氏名	健康 一郎					
	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input checked="" type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	28年10月20日	6歳	性別	<input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		
証明書発行理由	「被保険者証」発行手続き中のため							
被 扶 養 者	被保険者証	記号	100	番号	520	認定日	<input type="checkbox"/> 平成 <input checked="" type="checkbox"/> 令和	5年5月1日
	被扶養者	フリガナ	ケンコウ ヨシコ					
		氏名	健康 良子					
	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input checked="" type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	30年4月27日	5歳	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input checked="" type="checkbox"/> 女		
証明書発行理由	「被保険者証」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	〒310-0000 水戸市梅香1丁目〇番地〇号 〇〇〇協同組合 代表理事組合長 茨城 太郎					令和 5年 5月 8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。	

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被保険者証	記号	100	番号	520	資格 取得日	<input type="checkbox"/> 平成 <input checked="" type="checkbox"/> 令和	5年5月1日
	②被保険者氏名	フリガナ	ケンコウ ヨシオ					
		氏 名	健康 良夫					
	③生年月日・性別	<input type="checkbox"/> 昭和 <input checked="" type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	5年9月3日	29歳	性別	<input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		
④証明書発行理由	「被保険者証」発行手続き中のため							
被 扶 養 者	⑤被保険者証	記号	100	番号	520	認定日	<input type="checkbox"/> 平成 <input checked="" type="checkbox"/> 令和	5年5月1日
	⑥被扶養者	フリガナ	ケンコウ ハナコ					
		氏 名	健康 花子					
	⑦生年月日・性別	<input type="checkbox"/> 昭和 <input checked="" type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	6年1月6日	29歳	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input checked="" type="checkbox"/> 女		
⑧証明書発行理由	「被保険者証」発行手続き中のため							
被 扶 養 者	被保険者証	記号	100	番号	520	認定日	<input type="checkbox"/> 平成 <input checked="" type="checkbox"/> 令和	5年5月1日
	被扶養者	フリガナ	ケンコウ イチロウ					
		氏 名	健康 一郎					
	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input checked="" type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	28年10月20日	6歳	性別	<input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		
証明書発行理由	「被保険者証」発行手続き中のため							
被 扶 養 者	被保険者証	記号	100	番号	520	認定日	<input type="checkbox"/> 平成 <input checked="" type="checkbox"/> 令和	5年5月1日
	被扶養者	フリガナ	ケンコウ ヨシコ					
		氏 名	健康 良子					
	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input checked="" type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	30年4月27日	5歳	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input checked="" type="checkbox"/> 女		
証明書発行理由	「被保険者証」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	〒310-0000 水戸市梅香1丁目〇番地〇号 〇〇〇協同組合 代表理事組合長 茨城 太郎					令和 5年 5月 8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。	