

# 記入例

## 健康保険被保険者資格証明書

交付年月日 16年7月1日交付

有効期間 16年7月1日から 16年7月15日まで

保 險 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本町4-15-9 曾田ビル . 03-3662-9951 (業務課)					
被 保 險 者	被保険者証 記号番号	記号	905			番号	1057
	(フリガナ) 氏 名	00 00					男・女
	生年月日	明・大 昭・平 45年2月15日					
	現住所	00市00町2-4-5					
	資格取得 年月日	昭 和・平 成 59年4月1日					
被 扶 養 者	(フリガナ) 氏 名	0000 0000	男	00 ΔΔ子		男	女
	生年月日	明大昭平	10年7月15日	明大昭平	年 月 日	明大昭平	年 月 日
	被保険者との 続 柄	長女					
本証明書発行の理由		保険証の更新を受けるため、事業主(健保)に送納しているため。					
<p>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。</p> <p>年 月 日</p> <p>事業所名称 伊藤忠000(株)</p> <p>所在地 000区000-1-1-2</p> <p>事業主氏名 代表取締役 00 00 (印)</p>							

### 【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。

# 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 険 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本町4 - 1 5 - 9 曾田ビル . 03-3662-9951 (業務課)							
被 保 険 者	被 保 険 者 証 記 号 番 号	記号		番号					
	(フリガナ) 氏 名					男 ・ 女			
	生 年 月 日	明・大・昭・平		年	月	日			
	現 住 所								
	資 格 取 得 年 月 日	昭和・平成		年	月	日			
被 扶 養 者	(フリガナ) 氏 名		男 女		男 女		男 女		
	生 年 月 日	明 大 昭 平	年	月	日	明 大 昭 平	年	月	日
	被 保 険 者 と の 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。 年 月 日 事業所名称 所在地 事業主氏名 (印)									

## 【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。