

申請年月日 平成 年 月 日

健康保険被保険者資格証明書交付申請書

事業主又は被保険者に記入していただくところ	事業所	事業所整理記号	35-フトホ	事業所番号	01549	
	被保険者	フリガナ		生年月日	明・大・昭・平	男・女
		氏 名			年 月 日生	
		資格取得年月日	平成 年 月 日			
	被扶養者	フリガナ		生年月日	明・大・昭・平	男・女
		氏 名			年 月 日生	
		被扶養者となった日	上記資格取得年月日と同じ・平成 年 月 日			
		フリガナ		生年月日	明・大・昭・平	男・女
		氏 名			年 月 日生	
		被扶養者となった日	上記資格取得年月日と同じ・平成 年 月 日			
		フリガナ		生年月日	明・大・昭・平	男・女
		氏 名			年 月 日生	
		被扶養者となった日	上記資格取得年月日と同じ・平成 年 月 日			
	フリガナ		生年月日	明・大・昭・平	男・女	
	氏 名			年 月 日生		
被扶養者となった日	上記資格取得年月日と同じ・平成 年 月 日					
証明書発行理由		健康保険被保険者証発行手続き中のため				
上記被保険者(被扶養者)にかかる被保険者資格を証明願います。						
事業所所在地		610-1131 京都府京都市西京区大原野上羽町318				
事業所名称		社会福祉法人 大原野児童福祉会				
事業主(被保険者)氏名		理事長 櫛引雄一		印		
日本年金機構理事長 殿						

社会保険労務士記載欄

(印)

注)事業主(被保険者)の押印については、署名(自筆)の場合は省略できます。

証明年月日 平成 年 月 日

健康保険被保険者資格証明書

上記の被保険者(被扶養者)は、現に全国健康保険協会が管掌する健康保険の被保険者(被扶養者)の資格を有することを証明します。

日本年金機構理事長 印

年金事務所が記入するところ	保 険 者	番 号	
		名 称	
		所 在 地	
	被保険者証記号番号		記号: 番号:
	証明書有効期間		上記証明年月日から 平成 年 月 日まで

注1) 被保険者は有効期間が経過したとき、又は有効期間内であっても被保険者証が交付された場合は、事業主に返付してください。事業主は、これを年金事務所に提出してください。

注2) 有効期間は証明年月日から20日以内となります。