|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 健康保険被保険者資格証明書　年　　　月　　　日　交付　　有効期間　　　　年　　　月　　　日　から　　　 　 年　　　月　　　日　まで

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 保険者 | 番号 | 06231187 |
| 名称 | 名古屋木材健康保険組合 |
| 所在地 | 愛知県名古屋市中区松原二丁目18番10号 |
| 被保険者 | 被保険者等記号・番号 | 記号 |  | 番号 | 　　　　（枝番） |
| （フリガナ） |  | 性別 |  |
| 氏名 |  |
| 生年月日 | 年　　　　月　　　　日　 |
| 住所 |  |
| 資格取得日 | 年　　　　月　　　　日　 |
| 被扶養者 | （フリガナ） |  | 性別 |  | 性別 |  | 性別 |
| 氏名 |  |  |  |  |  |  |
| 生年月日 | 年　月　日 | 年　月　日 | 年　月　日 |
| 枝番 |  |  |  |
| 被保険者との続柄 |  |  |  |
| 被扶養者となった日 | 年　月　日 | 年　月　日 | 年　月　日 |
| 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） |

※「被扶養者」欄のうち不要の欄は斜線で抹消すること。

※この証明書は医療機関を受診する必要がある場合にのみ発行できます。

※有効期間は原則、交付日から5日以内です。

※健康保険組合に資格取得等の手続き状況の確認をしてから発行をしてください。

※発行したものは事業主から健康保険組合に提出してください。