

健康保険被保険者資格証明書

交付年月日 平成 年 月 日

有効年月日 平成 年 月 日 から 平成 年 月 日まで

被 保 険 者	保険者番号	0 6 2 2 0 8 4 2					
	名称	静岡県自動車販売健康保険組合					
	所在地	静岡市駿河区南八幡町22番8号					
	被保険者証記号番号	記号		番号			
	(フリガナ)						
	氏名						
	生年月日	大・昭・平		年 月 日			
	現住所						
	資格取得年月日	昭・平		年 月 日			
被 扶 養 者	(フリガナ)		男		男		男
	氏名		女		女		女
	生年月日	年 月 日		年 月 日		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。

平成 年 月 日

事業所所在地

事業所名称

事業主氏名

印