

申請年月日 平成00年 4月 1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	千かきた	事業所番号	3456	
	被保険者	フリガナ	ヤマダ タロウ	生年月日	明・大(昭)平 42年10月8日生	男・女 <input checked="" type="radio"/> 男
		氏名	山田 太郎			
		資格取得年月日	平成 24年 4月 1日			
	被扶養者	フリガナ	ヤマダ ハナコ	生年月日	明・大(昭)平 42年12月10日生	男・女 <input checked="" type="radio"/> 男
		氏名	山田 花子			
		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	ヤマダ 一郎	生年月日	明・大(昭)平 6年5月20日生	男・女 <input checked="" type="radio"/> 男
		氏名	山田 一郎			
		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		ヤマダ リョウコ	生年月日	明・大(昭)平 10年11月1日生	男・女 <input checked="" type="radio"/> 男	
氏名	山田 良子					
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 年 月 日生	男・女		
氏名						
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	101-0051 東京都千代田区神田神保町〇-〇〇					
事業所名称	株式会社かいけつ人事 代表取締役 鈴木 正					
事業主(被保険者)氏名	03-5123-1111					
					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。