健康保険等資格取得証明書

被保険者氏名			
被保険者住所			
保険者番号			
記号		番号	

資格取得者

	氏名	続柄	性別	生年月日	資格取得年月日
本人		本人		S・H・R ・	・
被 扶 養 者				S・H・R ・	・
				S・H・R ・	・
				S・H・R ・	・
				S・H・R ・	・
				S・H・R ・	・

上記のとおり相違ないことを証明します。

年 月 日

保険者名
(または事業所)

代表者

印

住 所

電 話 : - -