

健康保険被保険者資格証明書

交付年月日 令和 2 年 月 日 交付

有効期間 令和 年 月 日から 令和 2 年 6 月 3 0 日まで

保 険 者	番 号	0 6 1 4 0 7 0 1					
	名 称	神奈川県医療従事者健康保険組合					
	所 在 地	神奈川県横浜市中区長者町 3 - 8 - 1 1					
被 保 険 者	被 保 険 者 号 証 記 号 番 号	記 号		番 号			
	(フリガナ) 氏 名					男 ・ 女	
	生 年 月 日	昭 ・ 平 年 月 日					
	現 住 所						
	資 格 取 得 年 月 日	昭 ・ 平 ・ 令 年 月 日					
被 扶 養 者	(フリガナ) 氏 名		男 女		男 女	男 女	
	生 年 月 日	昭平令 年 月 日		昭平令 年 月 日		昭平令 年 月 日	
本証明書発行の理由		健康保険組合が新型コロナウイルスの関係で発行遅延しているため					

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。

令和 2 年 月 日

事業所名称

所在地

事業主氏名

照会先電話番号

印

(注意1) 「被扶養者」欄のうち不要の欄は斜線で抹消してください。