

健康保険被保険者資格証明書

令和 年 月 日 交付

有効期間 令和 年 月 日 から 年 月 日 まで

保 険 者	番 号	0	6	1	3	8	1	0	1				
	名 称	川崎汽船健康保険組合											
	所 在 地	東京都港区西新橋 1 丁目 1 0 番 2 号						電話 03 (3595) 6082					
被 保 険 者	被 保 険 者 等 記 号 ・ 番 号	記 号					番 号	(枝番) 0 0					
	(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				
	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。

令和 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。