

申請年月日 平成 年 月 日

健康保険被保険者資格証明書交付申請書

事業主が記入していただくところ	事業所	事業所整理記号		事業所番号		
	被保険者	フリガナ		生年月日	明・大・昭・平 年 月 日生	男・女
		氏名				
		資格取得年月日	平成 年 月 日			
	被扶養者	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			
		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			
		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			
	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						
事業所名称						
事業主氏名						
印 社会保険事務所長 殿						

社会保険労務士記載欄
印

注) 事業主の押印については、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。

社会保険事務所長 印

社会保険事務所が記入するところ	被保険者	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、これを社会保険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。