

健康保険 被保険者 資格証明書
被扶養者

保険者	名称(番号)	三重県農協健康保険組合	0	6	2	4	0	5	0	1
	所在地	三重県津市羽所町525番地の1								
被保険者	被保険者証 記号・番号	記号					番号			
	氏 ^リ ガ ^ナ 名								男・女	
	生年月日	昭和・平成		年	月		日生			
	現住所									
	資格取得日	昭和・平成・令和		年	月		日			
被扶養者	氏 ^リ ガ ^ナ 名								男・女	
	生年月日	昭和・平成・令和		年	月		日生			
	扶養開始日	昭和・平成・令和		年	月		日			
	続柄									
本証明書発行の理由										

有効期間	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで
------	-------------------------

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。

年 月 日

所在地
事業所
名称

印