

# 健康保険 被保険者資格・限度額 証明書

交付日 令和 年 月 日

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					0	0	
	フリガナ 氏名							性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女				
	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成		年		月		日					
	住所												
	資格取得日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和		年		月		日					
	限度額適用区分												
被扶養者 1	フリガナ 氏名							枝番					
	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和		年		月		日					
	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		限度額適用区分									
被扶養者 2	フリガナ 氏名							枝番					
	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和		年		月		日					
	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		限度額適用区分									
被扶養者 3	フリガナ 氏名							枝番					
	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和		年		月		日					
	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		限度額適用区分									
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又はその家族で、現にその資格を有することを証明する。  
 (「限度額適用区分」に記載がある場合は、併せて適用区分も証明する。)

**【事業所】**

所在地

名称

事業主名