

健康保険被保険者資格証明書

年 月 日 交付

有効期間 年 月 日 から 年 月 日 まで

保 険 者	番 号	06135123					
	名 称	三井倉庫ホールディングス健康保険組合					
	所 在 地	東京都港区海岸三丁目 22 番 23 号					
被 保 険 者	被保険者等 記号・番号	記 号		番 号	(枝番)		
	(フリガナ) 氏 名					性 別	
	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) 氏 名		性別		性別		性別
	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。

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。