

# 健康保険被保険者資格証明書

交付年月日

交付

有効期間

から

まで

保険者	番 号	0 6 1 3 5 9 5 8				
	名 称	東洋水産健康保険組合				
	所 在 地	東京都港区港南2丁目13-40				
	電話番号	0 3 - 3 4 5 8 - 5 1 2 1				
被保険者	被保険者証 記号番号	記 号		番 号		
	(フリガナ)				性別	
	氏 名				性別	
	生年月日					
	現 住 所					
	資格取得 年月日					
被扶養者	(フリガナ)	氏 名	生年月日	性別	続柄	認定日
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事を証明する。

年月日

所在地

事業所名称

事業主氏名

印