

# 健康保険資格取得証明書

健康保険記号番号			
基礎年金番号			
現住所			
被保険者 組合員	氏名	続柄	生年月日
被扶養者			資格取得年月日

被保険者  
 上記のとおり健康保険の \_\_\_\_\_ の資格を取得したことを証明します。  
 被扶養者

平成 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

事業所名  
 河沼郡会津坂下町長 様  
 所在地

印

\* 記載上の注意 事業所名印は社印又は公印で押印して下さい。