

健康保険（加入・脱退）証明書

健康保険	記号		番号	
住所				
被 保 険 者	氏名	続柄	生年月日	資格取得年月日
				資格喪失年月日
		本人	明・大・昭・平	・
				・
被 扶 養 者			明・大・昭・平	・
				・
			明・大・昭・平	・
				・
			明・大・昭・平	・
				・
			明・大・昭・平	・
				・
			明・大・昭・平	・
				・

上記のとおりであることを証明します。

平成 年 月 日

住 所
事業主 名 称
電 話

印