

健康保険等加入期間証明書

下記のとおり、健康保険等の資格を有することを証明いたします。

西予市長 様

令和 年 月 日

事業所 所在地
名称
代表者 印

記

| | | | | | |
|---------|-------|------|---------|-------|-------|
| 被保険者名 | 住所 | | 男・女 | 生年月日 | |
| | 氏名 | | | S・H・R | 年 月 日 |
| 資格所得年月日 | 年 月 日 | | 資格喪失年月日 | 年 月 日 | |
| 保険者番号 | | | 記号・番号 | | |
| 被扶養者 | 氏 名 | 生年月日 | | 続柄 | 備考 |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |