

医療保険資格証明書

保険者名	保険者名							
	保険者番号							
	所在地							
被保険者名	記号・番号	記号				番号		
	氏名					年	月	日生
	現住所							
	資格取得日							
乳幼児氏名	氏名					年	月	日生
	現住所							
	続柄							
本証書発行の理由		扶養申請手続き中のため						

上記の者は当所属所の社員であり、現に上記の資格を有することを証明する。

平成 年 月 日

事業所名

所在地

印