

健康保険被保険者資格証明書

(注) 被保険者及び被扶養者の確認通知を受けていない者は交付しないこと。

交付年月日 平成 年 月 日 有効期間 自 平成 年 月 日 至 平成 年 月 日

保 険 者	名 称	北海道農業団体健康保険組合
	所 在 地	札幌市中央区北4条西7丁目1番地
被 保 険 者	氏名及び生年月日	明治 大正 昭和 年 月 日生
	現 住 所	
	資格取得年月日	昭和 平成 年 月 日
受 給 者	氏名及び生年月日	明治 大正 昭和 平成 年 月 日生
	現 住 所	
	被保険者との続柄	
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ことを証明する。

保険者番号	0	6	0	1	0	3	9	1
被保険者	記 号			番 号				

平成 年 月 日

見 本

平成 年 月 日

北海道農業団体健康保険組合理事長 殿

(事業所名)

被保険者資格証明書の発行通知

下記のとおり発行し被保険者に交付いたしました。

なお、被保険者証が交付されましたらこの証明書は貴組合へ返納いたします。

記

被保険者証記号 _____

被保険者番号 _____