

加入医療保険の資格情報について

下記の者について、医療保険各法の被扶養者認定手続き中であることを証明します。

記

1 被扶養者氏名 _____

2 生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

3 被保険者との続柄 _____

4 加入医療保険の資格情報について

記号 _____ 番号 _____

保険者名

(組合名)

(所在地)

被保険者名

被保険者生年月日

昭和・平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

_____ 年 _____ 月 _____ 日

会社名

代表者名

印