

健康保険資格確認書

本人（被保険者）

年 月 日交付

記 号

番 号

(枝番)

氏 名

性 別

生 年 月 日

年 月 日

資格取得年月日

年 月 日

一部負担金の割合
発 効 年 月 日

割

年 月 日

有 効 期 限

保 険 者 番 号

保 険 者 名 称

印