

(様式番号 62)

## 健康保険被保険者資格証明書

交付年月日 年 月 日交付

有効期間 年 月 日のみ

保 険 者	番 号	06271779			
	名 称	シャープ健康保険組合			
	所 在 地	大阪府八尾市北亀井町3丁目1番72号			
被 保 険 者	被保険者記号番号	記号		番号	
	(フリガナ) 氏 名				男・女
	生年月日	昭和・平成 年 月 日			
	現 住 所				
	資格取得年月日	年 月 日			
本証明書発行の理由		被保険者証不携帯のため			

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。

年 月 日

事業所名称

所在地

事業主氏名