

健康保険被保険者資格証明書

事業者の登録申請用

事業所名称：株式会社建設健保
事業所所在地：神奈川県横浜市中区太田町 2-22

No.	記号	番号	氏名（漢字）	氏名（カタカナ）	生年月日	取得年月日
1	■	■	■	■	■	令和4年4月1日
2	■	■	■	■	■	令和4年4月1日
3	■	■	■	■	■	令和5年4月1日
4	■	■	■	■	■	令和5年4月1日
5	■	■	■	■	■	令和6年10月1日
6	■	■	■	■	■	令和6年10月1日
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						
16						
17						
18						
19						
20						
21						
22						
23						
24						
25						

取得年月日以外の被保険者情報を
マスキング（黒塗り）してください。

上記のとおりであることを証明する。
令和 ● 年 ●● 月 ●● 日
証明第 ●●● 号

神奈川県横浜市中区太田町 2-22
神奈川県建設業健康保険組合 印