

健康保険被保険者資格証明書

技能者の登録申請用

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	■	■	■	■	■	■
2	■	■	■	■	■	■
3	■	■	組合 保太郎	クマイ ホタロウ	昭和 57 年 5 月 5 日	令和 5 年 4 月 1 日
4	■	■	■	■	■	■
5	■	■	■	■	■	■
6	■	■	■	■	■	■
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						
16						
17						
18						
19						
20						
21						
22						
23						
24						
25						

記号・番号 及び 当該技能者以外の
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