

### 健康保険被保険者資格証明書

平成 11 年 11 月 1 日交付  
有効期間 平成 11 年 11 月 1 日から平成 11 年 11 月 10 日まで

保 險 者	番 号	06138705												
	名 称	エヌ・ティ・ティ健康保険組合												
	所 在 地	東京都千代田区大手町二丁目2番2号												
① 被 保 險 者	被保険者証記号番号	記号	1	0	0	0	番号	1	2	3	4	5	6	7
	(フリガナ)氏名	シカク タロウ 資格 太郎 男・女												
	生年月日	昭和 39 年 8 月 20 日												
	現住所	長野市南1-2												
	資格取得年月日	昭和 57 年 4 月 1 日 平成												
② 被 扶 養 者	(フリガナ)氏名	シカク ハナコ 資格 花子 女	男	シカク イチロウ 資格 一郎 男	女	シカク アキ 資格 秋 女	男							
	生年月日	明 昭 39 年 10 月 27 日 大 平	明 昭 2 年 9 月 10 日 大 平	明 昭 10 年 7 月 29 日 大 平										
	被保険者との続柄	妻		子		母								
	認定年月日	昭和61年4月1日		平成2年9月10日		昭和61年10月1日								
③	本証明書発行の理由													
	1 被保険者証の更新のため、被保険者証を現に所持していない場合で、かつ、病院等で治療を受ける必要があるため													
	2 被保険者証の状況確認のため、被保険者証を現に所持していない場合で、かつ、病院等で治療を受ける必要があるため													
③ 被保険者証の再交付申請中のため、被保険者証を現に所持していない場合で、かつ、病院等で治療を受ける必要があるため														

①～② 端末の「被保険者状況参照会」画面の内容から転記する。

③ 該当する場合は で囲む。

④ 事業主証明欄、事業主氏名等記入、押印する。  
(所管課長でも可)

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。

平成 11 年 11 月 1 日

④ 事業所名称 NTT  
所在地 長野市西町 158  
証明者氏名 金保 昭太



(注) 被保険者は、資格証明書の有効期間が経過したときは、速やかに事業主に返納すること。  
事業主は、これを保険者へ提出すること。

## 健康保険被保険者資格証明書

平成 年 月 日交付  
有効期間 平成 年 月 日から平成 年 月 日まで

保 險 者	番 号	06138705																				
	名 称	エヌ・ティ・ティ健康保険組合																				
	所 在 地	東京都千代田区大手町二丁目2番2号																				
被 保 險 者	被保険者証記号番号	記 号											番 号									
	(フリガナ) 氏 名											男・女										
	生 年 月 日	昭 和 年 月 日																				
	現 住 所																					
	資格取得年月日	昭 和 年 月 日 平 成																				
被 扶 養 者	(フリガナ) 氏 名												男 女									男 女
	生 年 月 日	明 昭 年 月 日 大 平			明 昭 年 月 日 大 平			明 昭 年 月 日 大 平														
	被保険者との続柄																					
	認定年月日																					
本証明書発行の理由	1 被保険者証の更新のため、被保険者証を現に所持していない場合で、かつ、病院等で治療を受ける必要があるため 2 被保険者証の状況確認のため、被保険者証を現に所持していない場合で、かつ、病院等で治療を受ける必要があるため 3 被保険者証の再交付申請中のため、被保険者証を現に所持していない場合で、かつ、病院等で治療を受ける必要があるため																					

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。

平成 年 月 日

事業所名称  
所在地  
証明者氏名

印

(注) 被保険者は、資格証明書の有効期間が経過したときは、速やかに事業主に返納すること。  
事業主は、これを保険者へ提出すること。