

事業所の健康保険ご担当者様へ（記入見本）

子ども・重度障害者・ひとり親家庭等医療証の申請には健康保険の資格が分かるもの（資格確認書や資格情報のお知らせなど）が必要ですが、入手するのに時間がかかる場合、この「健康保険資格取得証明書」を事業所（勤務先）または健康保険組合から発行を受けてください。
資格確認書や資格情報のお知らせなどの代わりとして医療証の申請に使用できます。

※医療証の申請期限にご注意ください。

※事業所指定の様式がある場合は、指定の様式で結構です。

健康保険資格取得証明書

保険者番号	0 6 5 4 3 2 1	
保険者名	●●健康保険組合	
被保険者記号番号	記号 1 2	番号 3 4 5 6
被保険者本人名	宗像 一郎	
被保険者生年月日	平成●●年●月●日生	
被扶養者氏名 (続柄／生年月日)	宗像 太郎 (子 / 令和●●年●月●日生)	
被扶養者氏名 (続柄／	●被扶養者氏名は今回手続きをする対象となる方の分のみで可。 ●資格取得日は、現在申請している内容を記載ください。 (いつから扶養に入れる、被保険者証の資格を得ると申請したか)	
被扶養者 (続柄／		
	(/ 年 月 日生)	
証明が必要な対象者の 資格取得日	令和●●年●月●日から	
証明書発行理由	資格取得手続き中のため	

上記の通り健康保険の資格取得手続き中であることを証明します。

令和●●年●月●日

住所 宗像市東郷●丁目●番●号

事業所名 株式会社 ●●●●

連絡先 ●●●●-●●-●●●●

事業所
印