

被保険者氏名	フリガナ	生 年 月 日	
		昭和 平成 年 月 日	
住 所			
資格取得・ 喪失の別	取得 喪失 (該当する方に○を付けて下さい)	資格取得日 または喪失日	昭和 平成 年 月 日

被 扶 養 者	有	氏 名	続 柄 (長男・次女等)	生 年 月 日	
				大正・昭和・平成 年 月 日	
				大正・昭和・平成 年 月 日	
	無  (該当する方に○ を付けて下さい)				大正・昭和・平成 年 月 日
					大正・昭和・平成 年 月 日
					大正・昭和・平成 年 月 日

保 険 者				
基 礎 年 金 番 号				
健 康 保 険	記 号		番 号	

上記の通りであることを証明する。

平成 年 月 日

所 在 地

名 称

事 業 主

印

電 話 番 号