

健康保険資格確認書

本人（被保険者）



令和 7 年 1 2 月 2 日 交付

記 号	959	番 号	4744	(枝番) 00
-----	-----	-----	------	---------

氏 名	中村 博
-----	------

性 別	男
-----	---

生 年 月 日	昭和 6 2 年 3 月 1 4 日
---------	--------------------

資格取得年月日	令和 3 年 5 月 1 6 日
---------	------------------

有効期限	令和 1 1 年 3 月 3 1 日
------	--------------------

保険者番号	0	6	2	7	1	8	3	7
-------	---	---	---	---	---	---	---	---

保険者名称	大阪薬業健康保険組合 大阪市中央区内平野町3-2-5 ☎06-6941-5004
-------	--

