私立学校教職員共済加入者療養資格証明書

有効期間:自　　年　　月　　日 ～ 至　　年　　月　　日まで

加　入　者	加入者記号番号	記　号	番　号	
	氏名/生年月日/性別			
	現　住　所			
	資格取得年月日			
受　給　者	氏名/生年月日/性別			
	現　住　所			
	加入者との続柄			
	認定年月日			
保険者番号	34130021	保険者の名称及び所在地	日本私立学校振興・共済事業団 東京都文京区湯島1-7-5　　電話03-3813-5321㈹	
所属学校	名　称			
	所　在　地			
本証明書発行の理由				

上記の者は、当学校法人の使用する加入者とその被扶養者で現にその受給資格を有することを証明する。

〔発行者〕　　年　　月　　日　　名　称

所　在　地

代　表　者　　印