

| 常務理事 | 事務長 | 事務次長 | 担当者 |
|------|-----|------|-----|
| | | | |

証明書等発行申請書

下記、証明事項について証明願います。

令和 年 月 日 提出

| | | | |
|---------------|--|--------------|--|
| ① 保険証 記号番号 | — | ② 被保険者 氏名 | |
| ③ 住所 | 〒 — TEL () | | |
| ④ 事業所名 | | ⑤ 対象者 氏名 | |
| ⑥ 証明事項 | | | |
| ⑦ 証明書の 提出先 | | | |
| ⑧ 提出理由 | | | |
| 希望送付先 | ※上記被保険者住所欄に記入した住所と別のところに送付を希望する場合にご記入ください。 | | |
| ⑨ 住所 | 〒 — TEL () | | |

(注意事項)

1. 証明事項欄は証明してほしい内容を具体的に記入してください。
2. ①から⑨までもれなく記載してください。
なお、⑤対象者氏名については、②と同じ場合、また⑨希望送付先は、③と同じ場合は省略してかまいません。
3. この証明願はFAXでの提出はできません。郵送でのご提出をお願いいたします。

(お問い合わせ先)

〒231-0015
神奈川県横浜市中区尾上町4-47
神奈川県機器健康保険組合
TEL 045-641-7713

受付日付印