

常務理事	事務長	課長	課長代理	係長	係

証明書交付願

平成 年 月 日提出

東京都洋菓子健康保険組合理事長殿

下記のとおりお届けしますので、証明をお願いいたします。

記

被保険者証の
記号 ー 番号

被保険者氏名

対象者氏名

証明書の種類

資格証明書・資格取得証明書・資格喪失証明書・被扶養者削除証明書・
保険料納付証明書・医療費のお知らせ・その他（ ）
(必要な証明書の種類を○で囲んでください。)

証明期間

平成 年 月 日 ～ 平成 年 月 日

証明書使用目的

住所 〒 _____

被保険者の

氏名

印

証明書送付先

住所 〒 _____

氏名

◎送付先が上記「被保険者の住所」と異なる場合にご記入ください。

※ 国民健康保険に加入手続きをされる際は、お住まいの地方自治体により必要書類の取り扱いが異なりますので、ご確認の上、証明書交付願の届出をしてください。

受付年月日