

常務理事	事務長	課長	係長	係員

機缶健康保険組合 御中

## 健康保険関係証明願

下記のことについて証明をお願いします。

1. 加入証明
2. その他 ( )

※ 該当する項目に○印をしてください。

事業所記号	
事業所名	
使用目的・事由	

令和 年 月 日

所在地

事業所名

事業主名  
(署名)

電話番号