

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	34××
事業所名	株式会社 ××
使用目的・事由	取引先に提出する為

令和 1年 5月 1日

所在地 江東区亀戸×-××-××

事業所名 株式会社 ××

事業主名 機缶 太郎
(署名)

電話番号 03-3685-××××