

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。

- 健康保険資格証明
- 健康保険給付記録証明
- その他 ()

※ 該当する項目に○印をしてください。

被保険者証記号・番号	34×× - 1×
被 保 険 者 名	機缶 太郎
該 当 者 名	機缶 花子
使 用 目 的 ・ 事 由	国保加入の為

令和 3年 5月 1日

被保険者住所 江東区亀戸×-××-××

被保険者氏名 機缶 太郎
(署 名)

被保険者電話番号 03-3685-××××