

# 証 明 願

平成 年 月 日

東京都電気工事健康保険組合 殿

被保険者証記号・番号 \_\_\_\_\_

被保険者住所 \_\_\_\_\_

被保険者氏名 \_\_\_\_\_ (印)

※被保険者本人が自ら署名する場合には、押印は不要です。

次の証明を願います。

- ( ) 資格証明書
- ( ) 在籍証明書
- ( ) 喪失証明書

( ) 事業所所在地・名称の記載

証明対象者

\_\_\_\_\_

使用目的

(具体的に)

提出先

(名称等詳細に)

# 証 明 願

平成 年 月 日

東京都電気工事健康保険組合 殿

被保険者証記号・番号

被保険者住所

被保険者氏名

⑩

※被保険者本人が自ら署名する場合には、押印は不要です。

次の証明を願います。

( ) 資格証明書

( ) 在籍証明書

( ) 喪失証明書

( ) 事業所所在地・名称の記載

証明対象者

使用目的

(具体的に)

提出先

(名称等詳細に)

なお、上記証明書の発行は下記事業所を経由することに同意します。

(経由先)

事業所所在地

事業所名称

事業主名