

常務理事	事務長	部長	課長	係長	係

証 明 願

令和 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 _____

電話番号 _____

被保険者氏名 _____

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。

(送付先) 事業所所在地

事業所名称

事業主名

事業所電話番号