

常務理事	事務長	課長	主任	係

令和 年 月 日

名古屋木材健康保険組合 殿

証 明 願

【申請者】

記号 番号	—	被保険者氏名	
被保険者 住所・電話	〒 — TEL : ()		

下記につきまして、証明をお願いします。

該当の証明番号に○を付し、証明目的の理由を☑または記入をお願いします

証明の種類	証明の申請理由
1. 資格取得証明書	<input type="checkbox"/> 在留カードの更新が間に合わない為 <input type="checkbox"/> その他 () の為
2. 資格喪失証明書	<input type="checkbox"/> 他健保(国民健康保険等)へ加入の為 該当者名:..... 続柄:..... 該当者名:..... 続柄:..... 該当者名:..... 続柄:..... <input type="checkbox"/> その他 () の為
3. 給付金証明	() の為
4. その他の証明 ()	() の為

※被保険者住所へ直接送付を希望される場合は、必ず返送用封筒を添付ください。