

証 明 願

令和 年 月 日

京葉ガス健康保険組合 殿

保険証記号・番号 —	所属事業所名(会社)
氏 名	電話番号(日中連絡が取れる番号)
申請代行者 氏名:	連絡先:

下記の証明を交付されたくお願いいたします。

記

① 医療費

対 象 者 氏 名	
受 診 年 月	令和 年 月 日～ 令和 年 月 日
目 的	
証 明 書 の 提 出 先	
希 望 期 限	令和 年 月 日迄

② 保険料

対 象 年 月	令和 年 月 日～ 令和 年 月 日
目 的	
証 明 書 の 提 出 先	
希 望 期 限	令和 年 月 日迄

③ 健康保険被保険者資格証明書

目 的	
証 明 書 の 提 出 先	
希 望 期 限	令和 年 月 日迄

④ その他

名 称	
目 的	
証 明 書 の 提 出 先	
希 望 期 限	令和 年 月 日迄

・付加給付証明書 ・被保険者、被扶養者資格取得喪失証明書 等

【証明書の送付先】ご希望の送付先に✓を記入 ☐ 被保険者勤務先 ☐ 被保険者ご自宅 ☐ その他() ※ご自宅、その他の場合ご記入ください 〒 —

常務理事	事務長	課長		担当

受付