

証 明 願

年 月 日

京葉ガス健康保険組合 殿

所属事業所名 (会社)		
保険証記号・番号	記号	番号
		—
氏 名		

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					
受診年月日	<small>令和 平成</small>	年	月	日	～ <small>令和 平成</small> 年 月 日
目的					
証明書の提出先					
希望期限	年 月 日迄				

② 保険料

対象年月日	<small>令和 平成</small>	年	月	日	～ <small>令和 平成</small> 年 月 日
目的					
証明書の提出先					
希望期限	年 月 日迄				

③ その他

名称					
目的					
証明書の提出先					
希望期限	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 ・健康保険被保険者資格証明書

常務理事	事務長	課長	係長	担当

受付