

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	令和 年 月 日 ~ 令和 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	令和 年 月 日 ~ 令和 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