

決 裁 欄	常務理事	事務長		伺 年 月 日	令和 年 月 日
				送 付 年 月 日	令和 年 月 日
	備 考				

証 明 依 頼

令和 年 月 日

三岐しんきん健康保険組合 御中

被 保 険 者	事業所名	信用金庫	記号		番号	
	住 所	〒				
	氏 名	Ⓜ				

下記事項にかかる証明書の発行を依頼します。

依 頼 内 容	<input type="checkbox"/> 資 格 喪 失 証 明	被保険者・被扶養者 ()
	<input type="checkbox"/> 資 格 取 得 証 明	被保険者・被扶養者 ()
	<input type="checkbox"/> 保 険 料 納 付 証 明	
	<input type="checkbox"/> 医 療 費 等 の お 知 ら せ (医療費通知)	令和 年 月 から 令和 年 月 診療分まで
	<input type="checkbox"/> そ の 他 の 証 明	()
使 用 目 的	<input type="checkbox"/> 市役所等へ提出する	提出先 ()
	<input type="checkbox"/> 勤務先等へ提出する	提出先 ()
	<input type="checkbox"/> 所得税確定申告の添付書類とする	
	<input type="checkbox"/> そ の 他	()
様 式	<input type="checkbox"/> 別紙の様式による	
	<input type="checkbox"/> 組合の所定様式による	
送 付 先	<input type="checkbox"/> 事 業 所	
	<input type="checkbox"/> 自 宅	
	<input type="checkbox"/> そ の 他	住所 ()

※ 該当する□にチェック(レ)をして下さい。

●●●●●●●●●●
受付日付印

三岐しんきん健康保険組合

〒509-0203 岐阜県可児市下恵土2885番地1

TEL 0574-61-2650 FAX 0574-61-2652