

# 証 明 願

平成 年 月 日

西日本パッケージング健康保険組合 様

記号 \_\_\_\_\_ 番号 \_\_\_\_\_  
(〒 - )

住所 \_\_\_\_\_  
(被保険者本人)

氏名 \_\_\_\_\_ 印

下記の事項について証明願います。

証 明 事 項	
提 出 先	

# 書き方

## 証 明 願

平成 年 月 日

西日本パッケージング健康保険組合 様

記号 \_\_\_\_\_ 番号 \_\_\_\_\_  
( 千 - )

住所 \_\_\_\_\_  
(被保険者本人)

氏名 \_\_\_\_\_ 印

下記の事項について証明願います。

証 明 事 項	喪失日の証明 被扶養者認定の証明 被扶養者の除外の証明 国民年金第3号被保険者届  など、 具体的に記入してください。
提 出 先	市役所 社会保険事務所  など、 具体的に記入してください。