

# 証 明 願

令和 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 ー )

住所 \_\_\_\_\_

(被保険者本人)

氏名 \_\_\_\_\_

下記の事項について証明願います。

証 明 事 項	
提 出 先	