

令和 年 月 日

ダイハツ健康保険組合 殿

証 明 願

1. 提出先 (〇〇市役所、〇〇税務署 等)

2. 証明書の使用目的

3. 証明事項

(1) 種 類

- ① 医療費還付金 ② 付加給付に関する証明 ③ 出産育児一時金
④ 療養費 ⑤ その他 ()

(2) 期 間

平成・令和 年 月 日 ~ 平成・令和 年 月 日

(3) 対象者氏名 _____ 続柄 _____

上記事項に関する証明書について、発行をお願い致します。

(保険証) 記号 _____ 番号 _____

(所 属) _____ (_____ 工場)

※ 部・課・組・班まで詳しく記入願います。

(内 線) _____

(被保険者) 〒 _____

住所

氏名

電話 () _____