

令和1年5月6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)

豊能税務署

2. 証明書の使用目的

医療費の還付金申請に必要な為

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31年 1月 1日 ~ 平成令和1年5月31日

(3) 対象者氏名 大発 健太 続柄 本人

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 100 番号 12345

(所 属) 組立 課 123 組 美羅 班 (池1 工場)

※ 部・課・組・班まで詳しく記入願います。

(内 線) 661-1234

(被保険者) 〒 563 - ××××

住所 大阪府池田市豊島北△-△-△

氏名 大発 太郎

TEL (072) 〇〇〇 - ××××

印
大発