

	常務理事	事務長	課長	係長	係
伺					

令和 年 月 日

静岡県西部機械工業健康保険組合 様

証 明 書 発 行 願

〒 _____

1. 住 所

2. 記 号 番 号

3. 被 保 険 者
氏 名

4. 生 年 月 日

昭 和 _____ 年 _____ 月 _____ 日
平 成 _____ 令 和 _____

5. 申 請 目 的

6. 証 明 書
の 種 類

保険料納入証明書 ・ 資格取得証明書
資格喪失証明書 ・ その他 (_____)
医療費返還納付証明書

7. 本人確認が
できるもの

運転免許証、マイナンバーカード、顔写真の
ついた官公署が発行しているもの

※郵送で申請の場合は、本人確認のコピーを
添付して下さい。(確認後、廃棄いたします)

※返信用封筒(切手貼付)を同封して下さい。

※健保使用欄