

証明書発行依頼書

証記号 番号	〇〇〇 - 〇〇〇	被保険者氏名	〇〇〇		
証明が被扶養者の場合はその者の氏名等	氏名	〇〇〇	続柄		
	生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日			
証明の種類	付加給付金の証明				
証明の使用目的	ひとり親家族等医療費助成制度等				
証明書の提出先	市区町村（〇〇〇市役所〇〇支援課等）				
事業所名	株式会社 〇〇〇				
証明書の送付先 (事業所以外に送付の場合)	事業所 〇〇〇 宛				

上記の事由により証明願います。

令和 年 月 日

被保険者氏名 〇 〇 〇

千葉県機械金属健康保険組合 御中