証　明　願

令和　　年　　月　　日

東京都電気工事健康保険組合　殿

被保険者証記号・番号　　　　

　　　　　　　〒　　　　－

被保険者住所

電話番号

被保険者氏名

次の証明を願います。

（　　）資格証明書

（　　）在籍証明書

（ 　 ）喪失証明書

　　　　　　　　　　　　　　（　　）事業所所在地・名称の記載

　　　　証明対象者

使用目的

(具体的に)

提出先

(名称等詳細に)

（送付先）※上記被保険者住所と違う所へ送付希望の場合、ご記入ください。

住所　〒　　　－

　　　　　　　　　　　　　電話番号

　　　　　　　　　　　　　氏名