

# 証 明 願

令和 年 月 日

西日本パッケージング健康保険組合 様

記号 \_\_\_\_\_ 番号 \_\_\_\_\_

(〒 - )

住所 \_\_\_\_\_

(被保険者本人)

氏名 \_\_\_\_\_ (印)

下記の事項について証明願います。

証 明 事 項	
提 出 先	

# 書き方

## 証 明 願

令和 年 月 日

西日本パッケージング健康保険組合 様

記号 \_\_\_\_\_ 番号 \_\_\_\_\_

(〒 - )

住所 \_\_\_\_\_

(被保険者本人)

氏名 \_\_\_\_\_ 印

下記の事項について証明願います。

証 明 事 項	<p>※喪失日の証明 ※被扶養者認定の証明 ※被扶養者の除外の証明 ※国民年金第3号被保険者届</p> <p>など、 具体的に記入してください。</p>
提 出 先	<p>※〇〇〇市役所 ※〇〇〇年金事務所</p> <p>など、 具体的に記入してください。</p>