

# 証 明 願

証 明 事 項

---

---

について別紙に証明をお願いします。

証明書の提出先

---

提 出 事 由

---

---

産業機械健康保険組合 殿

令和 年 月 日

事業所記号 ・  
被保険者番号

---

事業所名

---

フリガナ

被保険者氏名

---

生 年 月 日

年 月 日

---

〒 ー

住 所

---

電 話 番 号

( )

---

日中ご連絡がとれる電話番号をご記入ください。

(注)

1. 証明事項欄は証明して欲しい内容を具体的に記入してください。
2. 返信用封筒を同封してください。
3. 所定の用紙に証明する場合はその用紙を添付してください。
4. 医療費控除申告に使用する医療費明細証明の場合は、対象者全員の保険証の写しを添付してください。  
保険証をお持ちでない方は、次のいずれかの書類を添付してください。

①マイナンバーカード（顔写真のある面）の写し

②運転免許証の写し

③旅券（パスポート）の写し

④官公庁から発行された顔写真付きの身分証明書の写し

また、当健保組合ホームページにある「マイヘルスウェブ」からも申込みできますのでご利用ください。