

# 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

記号・番号 \_\_\_\_\_

被保険者氏名 \_\_\_\_\_

〒 \_\_\_\_\_

住 所 \_\_\_\_\_

電 話 番 号 \_\_\_\_\_ ( ) \_\_\_\_\_

(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写を添付してください。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活用ください。