

健康保険給付金支給証明願

令和 年 月 日

記 号		番 号	
被保険者氏名			
被保険者住所	〒 ー		
	電話番号 ()		
生年月日	昭和・平成 年 月 日	性 別	男・女
事業所名			

下記の給付内容について証明願います。

証明対象者	
給付種別	
支給期間	年 月 日 ~ 年 月 日
証明書の使用目的	
証明書の提出先	

○ご不明な点がございましたら医療課一係までお問い合わせください。(03-3843-1456)

< 郵送先 >

〒111-8530

東京都台東区雷門1-13-8

東京電子機械工業健康保険組合 医療課一係宛