理事長	常務理事	事務長	課長	係 長	係

令和 年 月 日

東京アパレル健康保険組合 理事長 殿

Ŧ

住 所

申請者 電話

氏 名

## 証 明 願

国民健康保険の被保険者資格を取得するにあたり必要がありますので、下記の事項を証明願います

記

健		証	明	事	į.	項		
康保険の被保険者で	記 号			番	号			
	氏 名							
	勤務先							
	資格喪失年月日	令和		年		月		日
	資格喪失理由		死亡		•	その他		
上記の被扶養者であった者	氏	名	続 柄	被扶	養者	から除	外さ	れた目
				令	和	年	月	日
				令	和	年	月	日
				令	和	年	月	日
				令	和	年	月	日
				令	和	年	月	日
				令	和	年	月	日