

常務理事	事務長	適用主任	担当者

資格証明願

1. 被保険者証記号番号 (記号) (番号)

2. 被保険者氏名 (氏名) (生年月日) 昭和・平成
年 月 日

3. 対象者氏名 (氏名) (生年月日) 昭和・平成・令和
年 月 日

(氏名) (生年月日) 昭和・平成・令和
年 月 日

(氏名) (生年月日) 昭和・平成・令和
年 月 日

(氏名) (生年月日) 昭和・平成・令和
年 月 日

(氏名) (生年月日) 昭和・平成・令和
年 月 日

4. 使用目的

千葉県トラック健康保険組合理事長 殿

以上のお通り、加入資格について証明をお願いします。
なお、被扶養者の証明については全員の同意を受けています。

令和 年 月 日

住 所

(原則被保険者氏名をご記入下さい)

氏 名

電 話

- -