

# 証 明 願

このたび（市・区・町・村へ提出）のために必要がありますので、下記について証明をお願いします。

井原市長 殿

申請者 住 所

氏 名

記

## 国民健康保険被保険者療養給付資格証明書

世 帯 主 住 所

氏 名

保険者番号	記 号	番 号	有 効 期 限
被 保 険 者 氏 名	生 年 月 日		区 分
			本・被
			本・被
			本・被
			本・被

資格取得年月日 年 月 日

資格喪失年月日 年 月 日

上記のとおり相違ないことを証明します。

年 月 日

井原市長 大 舌 勲