

証 明 願

記号	9000	任意継続被保険者	被保険者名	証第	号
番号					

証明事項	※証明してもらいたいこと 任意継続被保険者資格喪失の証明をお願いします。 資格喪失年月日 令和 年 月 日
------	---

上記について _____ のため必要なので証明願います。

証明書の提出先 _____

令和 年 月 日

東京都電機健康保険組合 殿

〒

申請者の住所 _____

氏名 _____

※ 上記事項について確認した結果、相違ないので
証明書を発行いたしたい。

健保使用欄		
課長	係長	係

受付日付印