証明書発行依頼書

<table>
<tr><td>被保険者等
記号番号※</td><td colspan="2">○○○－○○○</td><td>被保険者氏名</td><td colspan="3">○○○　○○</td></tr>
<tr><td rowspan="2">証明が被扶養者の場合はその者の氏名等</td><td>氏　名</td><td colspan="2"></td><td>続 柄</td><td></td></tr>
<tr><td>生年月日</td><td colspan="4">昭和・平成・令和　　年　　月　　日</td></tr>
<tr><td>証　明　の　種　類</td><td colspan="5">付加給付金の証明</td></tr>
<tr><td>証明の使用目的</td><td colspan="5">ひとり親家族等医療費助成制度</td></tr>
<tr><td>証明書の提出先</td><td colspan="5">○○○市役所○○支援課</td></tr>
<tr><td>事　業　所　名</td><td colspan="5">株式会社　○○○</td></tr>
<tr><td>証明書の送付先
（事業所以外に送付の場合）</td><td colspan="5">〒000-0000
○○県○○市○○町1-1
○○○　○○　宛（自宅）</td></tr>
</table>

上記の事由により証明願います。

※マイナンバー記載欄

※記号番号がわからない場合のみ記入してください。

令和　　年　　月　　日

被保険者氏名

千葉県機械金属健康保険組合　御中