決済	理事長	常務理事	事務長	担当者

山善健康保険組合　御中

各種証明書発行願

被保険者証等 記号 番号	記号		番号	
被保険者氏名				
生年月日	年　　月　　日			
被保険者現住所 電話番号	〒　　－ TEL　（　　）　　－			
発行する証明書 （該当書類に○をしてください。）	①　資格証明　②喪失証明 ③その他 （　　）			
証明対象者				
上記証明書の使用目的	（提出先） （目的）			

上記の通り証明書を発行していただきますようお願い致します。

年　　月　　日

氏名