# 原本証明発行依頼書

令和　　年　　月　　日

近畿電子産業健康保険組合　御中

被保険者氏名　　㊞

下記のとおり原本証明をお願いします。

記

<table>
<tr><td rowspan="5">被保険者</td><td colspan="2">被保険者等　記号･番号</td><td colspan="2">事　業　所　名</td></tr>
<tr><td colspan="2">・</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td colspan="2">氏　　名</td><td colspan="2">生　年　月　日</td></tr>
<tr><td colspan="2"></td><td colspan="2">昭和･平成<br>年　　月　　日</td></tr>
<tr><td>住　所</td><td colspan="3">〒　　－<br><br>電話（　　）　　－</td></tr>
<tr><td rowspan="2">対象者</td><td colspan="2">氏　　名</td><td>続　柄</td><td>生　年　月　日</td></tr>
<tr><td colspan="2"></td><td></td><td>昭和･平成･令和<br>年　　月　　日</td></tr>
<tr><td colspan="2">原 本 証 明 を<br>必要とする書類</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td colspan="2">使用目的</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td colspan="2">備考欄</td><td colspan="3"></td></tr>
</table>