

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 ⑨

下記のとおり原本証明をお願いします。

記

被保険者	被保険者証 記号・番号		事業所名	
	.			
	氏名		生年月日	
			昭和・平成 年 月 日	
	住所	〒 — 電話 () —		
対象者	氏名		続柄	生年月日
				昭和・平成・令和 年 月 日
原本証明を 必要とする書類				
使用目的				
備考欄				