

# 証明書等の発行願い

被 保 険 者	住 所	〒 _____ _____			TEL _____ ( _____ ) _____
	記 号	番 号	氏 名	フリガナ _____	昭・平・令 年 月 日生まれ
証 明 内 容	_____				
目 的	_____				
提 出 先	_____				
申 請 者 記 載 欄	<p>上記のとおり証明書等の発行をお願いいたします。</p> <p>大阪港湾健康保険組合理事長 殿</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>被保険者氏名 _____</p> <p><b>※ 代理人の場合、以下にご記入下さい。</b></p> <p>この申請に関しては、上記被保険者 _____ より委任を受けております。</p> <p>代理人住所 〒 _____ _____</p> <p>TEL ( _____ ) _____</p> <p>代理人氏名 _____</p> <p>被保険者との続柄</p> <ul style="list-style-type: none"><li>・ 家 族 (続柄 _____)</li><li>・ 第 三 者 (関係 _____)</li></ul>				