

証 明 願

令和 年 月 日

東京都金属プレス工業健康保険組合 殿

記 号 番 号

申請人 住 所
氏 名 印

下記の事由により必要がありますので証明願います。

事 由

証明書の件名	
対象者の氏名	
目 的	
提 出 先	