**証　　明　　願**

令和　　年　　月　　日

福岡県知事

服　部　誠　太　郎　殿

　下記の法人並びに代表者は、国民健康保険法第８３条及び第８４条に規定する法人並びに代表者であることを証明願います。

記

（名称及び代表者）

所　在　地　　　　福岡市博多区吉塚本町１３番４７号

名　　　称　　　　福岡県国民健康保険団体連合会

代表者氏名　　　　理事長　武末　茂喜

（請求理由）

（請求枚数） 　　通