

証 明 原 頁

令和 年 月 日

福 岡 県 知 事
服 部 誠 太 郎 殿

福岡県〇〇市〇〇〇〇〇〇〇〇
株式会社△△△△△△△△△
代表取締役 □□□□□□

申請者の住所、団体名、氏名等をご記入ねがいます。

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 美浦 喜明

(請求理由) ○○○○○○○○○○のため

(請求枚数)

○ 通

1通につき、福岡県領収証紙400円分又は同額の小為替を同封してください。