

記入例

証 明 願

令和 年 月 日

地方職員共済組合大分県支部長 殿

住 所 大分市〇〇町1-1-1

氏 名 共済 太郎

電話番号 097-506-0000

(組合員番号 〇〇〇〇〇〇 )

国民健康保険加入 のため、下記事項について証明願います。

記

資格喪失

被扶養者取消 (被扶養者氏名: )

その他 ( )

記入例

証 明 願

令和 年 月 日

地方職員共済組合大分県支部長 殿

住 所 大分市〇〇町1-1-1

氏 名 共済 太郎

電話番号 097-506-0000

(組合員番号 〇〇〇〇〇〇 )

確定申告 のため、下記事項について証明願います。

記

資格喪失

被扶養者取消 (被扶養者氏名 : )

その他 ( 令和〇〇年中に支払った掛金額 )