

受付番号	
------	--

証 明 願

令和 年 月 日

山口県知事 村 岡 嗣 政 様

(申請者住所)

(申請者氏名)

下記は、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

1 名称及び代表者名
山口県山口市朝田 1980 番地 7
山口県国民健康保険団体連合会
理事長 池田 豊

2 使用目的

3 提出先

4 請求部数

部

二次元コード	納付済証貼付欄
 3000036 その他の証明	