

理事長	常務理事	事務長	係

セディナ健康保険組合理事長 殿

証明書発行依頼書

該当に チェック ✓	発行希望の証明書	必要事項	備考
	資格喪失証明書	誰の ()	
	保険料納付証明書	期間 年 月 ~ 年 月	
	その他	理由	

記入日 平成 年 月 日

保険証	記号	番号	被保険者 氏名	印
住所	〒 - TEL			

連絡先

セディナ健康保険組合

〒460 - 8670

愛知県名古屋市中区丸の内3丁目23番20号

TEL 052 - 310 - 1590 ・ FAX 052 - 310 - 2009