

(様式第22号)

健康保険適用除外証明願

健康保険被保険者適用除外申請のために、下記の者について、埼玉県建設
国民健康保険組合の被保険者であることを、別紙申請書に証明願います。

被保険者証番号	氏名
— —	
— —	
— —	
— —	
— —	
— —	
— —	

年 月 日

埼玉県建設国民健康保険組合理事長 様

地 本 名

事 業 所 名
