

令和 年 月 日

証明書交付願

千代田保健所健康推進課長 様

住所

〒〇〇〇〇-〇〇〇〇

千代田区〇〇1丁目2番3号

フリガナ チヨダ タロウ

氏名 千代田 太郎

(自署または記名押印)

生年月日 昭和22年3月15日

電話番号 〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇

このたび 生命保険給付 のため 〇〇生命保険会社 へ提出する
必要があるため、療養証明を 計 〇 通 交付願います。