

# 法人証明書交付申請書

令和 年 月 日

茨城県知事 殿

申請者 住所  
会社名等  
代表者氏名 印  
TEL  
担当

下記の団体は国民健康保険法第17条の規定により、茨城県知事の認可を受けた団体であることを証明願います。

## 記

- 1 団体名 茨城県歯科医師国民健康保険組合
- 2 理事長名
- 3 申請理由
- 4 請求部数 部