**記入例**

令和　３年　１０月　１日

千葉県知事　　熊　谷　俊　人　　様

請求者

|  |  |
| --- | --- |
| 住　所  (所在地) | *千葉市中央区市場町○－○* |
| 氏　名  (名称・代表者名) | *弁護士法人○○法律事務所*  *代表社員　○○○○* |
| 電話番号  （担当者名） | *○○○-○○○○-○○○○*  *（担当：○○課　○○）* |

（押印不要）

下記事項について、相違のないことを証明願います。

記

　１　所在地　　　　千葉県千葉市稲毛区天台６丁目４番３号

　２　団体名　　　　千葉県国民健康保険団体連合会

　３　代表者　　　　理事長　　岩田　利雄

　４　設立認可年月日　　昭和１６年８月２０日

※　国民健康保険組合の証明願については、所在地・団体名・代表者・設立認可年月日を書き換えてご使用ください。

ご不明の場合はお問合せください。

必要部数　　　　　１部

提出先　　　　　　千葉地方裁判所

使用目的　　　　　診療報酬債権差押申立のため