

証 明 願

記入例

令和 7 年 1 2 月 2 5 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〇-〇

氏 名
(名称・代表者名)

弁護士法人〇〇法律事務所
代表社員 〇〇〇〇

電話番号
(担当者名)

〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇
(担当: 〇〇課 〇〇)

(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

- 所在地 千葉県千葉市稲毛区天台6丁目4番3号
- 団体名 千葉県国民健康保険団体連合会
- 代表者 理事長 小泉 一成
- 設立認可年月日 昭和16年8月20日

必要部数 1 部

※ 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。

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