令和　　年　　月　　日

千葉県知事　　熊　谷　俊　人　　様

請求者

|  |  |
| --- | --- |
| 住　所(所在地) |  |
| 氏　名(名称・代表者名) |  |
| 電話番号（担当者名） |  |

（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

必要部数　　　　　　部

提出先

使用目的