

年 月 日

短期給付金の支給に関する 証明書の交付について(依頼)

下記の事項について証明願います。

1 使用目的

2 証明事項

(証明書用紙は、別添のとおりです。)

3 提出先

4 該当者

氏 名

生年月日

年

月

日

住 所

電話番号

東京都職員共済組合事務局

年金保険部医療保険課長 殿

所 属

組合員番号

組合員氏名

(申請者氏名)

㊞

*「氏名」の欄は、記名押印することに代えて、自筆による署名をすることができます。

担 当 者

連絡先

* 現職の方は、所属の共済組合事務担当者を通して申請してください。

記入例

年 月 日

短期給付金の支給に関する 証明書の交付について(依頼)

申請日を記入

下記の事項について証明

決定兼支払通知書の再発行は行いません。確定申告及び公費申請で必要な方は失くさないよう注意してください。

1 使用目的

夫の扶養手当を受給するため

2 証明事項

育児手当金の支払い金額と支払い期間

(証明書用紙は、別添のとおりです。)

証明書が示されていない場合は、証明事項を具体的にご記入ください(別紙でも可)。

3 提出先

〇〇〇区役所

4 該当者

氏名

共済 華子

証明を受ける者の氏名を記入

生年月日

該当者生年月日を記入

住所

新宿区中央〇-〇-〇

電話番号 03-〇〇〇〇-〇〇〇〇

東京都職員共済組合事務局

年金保険部医療保険課長 殿

所 属

〇〇局総務部

組合員番号

01234567

組合員氏名
(申請者氏名)

共済 華子

印

欄は、記名押印することに代えて、自筆による署名をすることができます。

組合員が死亡等で申請できない場合のみ申請者が氏名を記入

担当者

〇〇

連絡先

03-XXXX-△△△△

* 現職の方は、所属の共済組合事務局担当者を通して申請してください。