

U B E 健康保険組合 御中

施設会員証明書

下記の会員が、当施設の会員であることを証明し、会費を領収したことを証明いたします。

1. 会員氏名

[illegible]

3. 領収済金額 円

内訳： 年 月 ～ 年 月分まで

年 月 日

【証明者】

住所

施設名



TEL

ご担当者氏名

※「3. 領収済金額」は、令和7年4月から令和7年9月の間で実際に領収された金額をご記入下さい。