

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

2. 会員期間 年 月 ~ 繼続中
(退会の場合 年 月まで)

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10月から令和8年3月の間で実際に領収された金額をご記入下さい。