**〔提出部数　1部〕**

証　明　願

令和△年△月△日

　関東信越厚生局長　殿

東△△△←組合記号及び番号

〒△△△－△△△△

東京都○○区○○町△△番△号

　　○　○　健康保険組合

理事長　○○　○○

　下記のとおり合併したことを証明願います。

目的　　　○○○のため  
具体的に明記し、証明書の目的欄と文言を同一とすること

提出先　　○○　必要部数△枚

　 ○○　必要部数△枚

提出先が複数ある場合は列記すること

記

合併後存続する組合の名称及び所在地

名　称　○　○　健康保険組合

所在地　東京都○○区○○町△△番△号

合併後消滅する組合の名称及び所在地

名　称　○　○　健康保険組合

所在地　東京都○○区○○町△△番△号

　　　　　　　　合併後の組合の名称及び所在地

名　称　○　○　健康保険組合

所在地　東京都○○区○○町△△番△号

合併年月日　　令和△年△月△日

合併事項証明書

**①証明書は提出先１件ごとに作成すること**

**②提出先１件ごとの部数（証明願の必要部数と一致）**

**＋提出先１件ごとの写し（厚生局控え分として）を提出すること**

目的　　　○○○のため

証明願の目的欄と文言を同一とすること

提出先　　○○○○

必要部数の記載は不要

記

合併後存続する組合の名称及び所在地

名　称　○　○　健康保険組合

所在地　東京都○○区○○町△△番△号

合併後消滅する組合の名称及び所在地

名　称　○　○　健康保険組合

所在地　東京都○○区○○町△△番△号

　　　　　　　　合併後の組合の名称及び所在地

名　称　○　○　健康保険組合

所在地　東京都○○区○○町△△番△号

合併年月日　　令和△年△月△日

上記のとおり合併したことを証明する。

令和　　年　　月　　日　←日付は入れない

関東信越厚生局長