発第　　　号

令和　　年　　月　　日

大 阪 府 知 事　様

|  |  |
| --- | --- |
| （事務所の所在地） |  |
| （組合の名称） |  |
| （代表者職・氏名） |  |

証　　明　　願

　当組合は、国民健康保険法第14条に規定する公法人であり、下記１から４の事項について相違ないこと、また、５の印について貴府の国民健康保険組合台帳に登録されている印に相違ないことを証明願います。

記

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| １　組合の名称 |  | |
| ２　事務所の所在地 |  | |
| ３　代表者職・氏名 |  | |
| ４　設立年月日 |  | |
| ５　使用する印 | 組合の印 | 代表者の印 |
| ※証明が不要な  印は押印不要 |  |  |
| ６　使途 |  | |
| ７　必要部数 |  | |

|  |
| --- |
| 国健第　　　　号  上記組合は、国民健康保険法第13条及び第17条の規定により当職の認可を受けて設立した同法第14条に規定する公法人であり、前記１～４の事項について、本府に  届出等のあった内容に相違ないことを証明します。  また、前記５の印について、本府の国民健康保険組合台帳に登録している印に相違ないことを証明します。  令和　　年　　月　　日  大阪府知事　　吉村　洋文 |