

証 明 願

このことについて、下記のとおり必要ですので、証明願います。

記

1 証明書の種類及び必要枚数

宮崎県国民健康保険団体連合会の設立認可証明書 ○ 通

2 申請の理由

有限会社〇〇〇（所在地：宮崎県〇〇市〇〇番地）に対する診療報酬差押え申請のため

3 提出先

〇〇〇地方裁判所〇〇支部

令和〇年〇月〇日

住 所 〇〇県〇〇市〇〇番地

氏 名 〇〇〇株式会社
代表取締役 〇〇 〇〇 印

電話番号 〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇

宮崎県知事 河野 俊嗣 殿