

給付金受領に係る保証並びに印鑑証明書

日本レストランエンタプライズ健康保険組合
理事長 殿

〒

事業所所在地

事業所名

職名

氏名

1. 上記の者、貴組合支払の諸給付金受領に関して、不正や不都合の行為が発生した場合はすべて当方において責任を負い、貴組合に対して迷惑をかけることを誓い、ここに身分保障いたします。
2. 下枠の印鑑は、上記の諸給付金受領者の印に相違ないことを証明いたします。

印鑑



令和 年 月 日

事業所名

事業所長名

印