

宿 泊 証 明 書

宿 泊 日 令和 年 月 日 ~ 月 日 (泊) 名

宿 泊 者 氏 名	1		9	
	2		10	
	3		11	
	4		12	
	5		13	
	6		14	
	7		15	
	8		16	

上記の者の宿泊を証明いたします。 令和 年 月 日

宿泊施設名

※宿泊施設の方へ

この証明書を持参した場合はお手数ですがご記入くださいますようお願いいたします。

〒446-8502 愛知県安城市住吉町3-11-8
マキタ健康保険組合
TEL 0566 - 97 - 1715
FAX 0566 - 98 - 2535