

証 明 書

被保険者番号	熊 歯 ・ ー		
被保険者氏名		性別	男 ・ 女
生 年 月 日	1.昭和 2.平成	年	月 日
勤 務 状 況	(1) 1ヶ月当りの勤務日数		日
	(2) 1週当りの勤務時間数		時間
該当年月日		年	月 日
<p>熊本県歯科医師国民健康保険組合理事長 様</p> <p>貴組合の被保険者である上記の者は、パートタイマー（通常の就労者の4分の3以内）として採用していることに、相違ないことを証明いたします。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>所在地 _____</p> <p>医療機関名 _____</p> <p>甲種組合員氏名（事業主） _____ ㊞</p>			