

証 明 書

| | | | |
|--|----------------|----|-------|
| 被保険者番号 | 熊 歯 ・ | | |
| 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 | 令和 | 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> | | | |