

健康保険非加入証明書

氏 名

生 年 月 日

入 社 日

上記の者は、健康保険法第3条により被保険者とならなかったことを証明いたします。

平成 年 月 日

事業所所在地

事業所名称

事業主氏名

印

電話番号