

就 労 証 明 書

住 所
氏 名
生 年 月 日

(医療機関名)

上記の者、 年 月 日より に
勤務している事を証明します。

※チェックを入れてください

- ☐ 常勤
☐ 非常勤（社会保険被保険者適用除外者）

令和 年 月 日 (医療機関住所)
(医療機関名)
(院 長 名)

印

鹿児島県医師国民健康保険組合 殿