

証 明 書

住 所

氏 名

生年月日

上記職員に、下記の親族に係る扶養手当の支給を行っていないことを証明する。
また、下記の親族を健康保険の被扶養者として認定していないことを証明する。
また、下記の親族を所得税法上の被扶養者として扱っていないことを証明する。

記

続 柄	氏 名	生 年 月 日	備 考

年 月 日

事業所住所

事業所名

事業主名

印