

健康保険適用外証明書

氏名	
住所	
就職年月日	昭和・平成 年 月 日
1週間の稼働日数	日
勤務時間	午前・午後 時 分から午前・午後 時 分
給与	時給・月給 円

上記の者は健康保険に未加入であることを証明します。

平成 年 月 日

事業所

名称 印

代表者氏名