

## 収入額等証明書

被扶養者氏名		男・女	生年月日	年 月 日
被扶養者住所				
職業の有無	有 ( )・無	収入の有無	有 (年収 )・無	
<p>上記のとおり証明願います。</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">被保険者</p> <p style="text-align: center;">証記号・番号</p> <p style="text-align: center;">住 所</p> <p style="text-align: center;">氏 名 <span style="float: right;">⑩</span></p>				
<p>上記のとおり確認しましたので証明します。</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">事業所</p> <p style="text-align: center;">所 在 地</p> <p style="text-align: center;">名 称</p> <p style="text-align: center;">事 業 主 <span style="float: right;">⑩</span></p>				

朝信健康保険組合 殿