

해 속 증 명 서

신 청 인 :

주 민 등 록 번 호 :

용 역 기 간 :

용 역 내 용 :

용 도 :

위의 사실을 증명합니다.

년 월 일

업 체 명 :

사업자등록번호 :

주 소 :

대 표 이 사 : (직인)

국민건강보험공단 귀증