**해 촉 증 명 서**

|  |  |
| --- | --- |
| **신 청 인 :** |  |
| **주민등록번호 :** |  |
| **재직기간 :** |  |
| **소 속 :** |  |
| **용 도 :** |  |

2023 년 월 일

위의 사실을 증명합니다.

|  |  |
| --- | --- |
| 회사명 | : |
| 사업자등록번호 | : |
| 주소 | : |
| 대표자 | : |

**국민건강보험공단 귀중**