

証 明 書

雇用されている者 住 所
氏 名

当事業所に勤務している上記の者に対して、(認定対象者氏名)
について扶養手当又はこれに相当する手当を支給していないこと、及び認定対象者が健康保険
上の被扶養者として認定されていないことを証明します。

公立学校共済組合鹿児島支部長 殿

令和 年 月 日

住 所
証明者 事業所名
代表者名
担当者名
(電話番号)

(注) 雇用されている者の資格情報がわかる書類(資格確認書等)の写しを添付してください。