

해 속 증 명 서

신청인 :

주민등록번호 :

기 간 :

소 속 :

자 격 : 프리랜서

회사주소 :

용 도 : 국민건강보험공단 해속 증명서 제출용

위의 사실을 증명합니다.

20 년 년 일

주식회사 xxx

대표이사 xxx (인)