

해 속 증 명 서

신 청 인 : x x x

주민등록번호 : 111111-1111111

용 역 기 간 : 20xx. xx. xx. - xx. xx.

용 역 내 용 : xxx

용 도 : 국민건강보험공단 제출용

위 사실을 증명합니다.

20xx. xx. xx.

단 체 명 : xxx

사업자등록번호 : xxx-xx-xxx

주 소 : xxx

대 표 자 : x x x (인)