証　　明　　書

愛知県薬剤師国民健康保険組合理事長　殿

氏　　名

生年月日　　　　　　　　年　　　　　月　　　　　日

氏　　名

生年月日　　　　　　　　年　　　　　月　　　　　日

**上記の者は、学生・未就学児で所得がないことを証明します。**

年　　　月　　　日

事業主組合員

従業員組合員　氏名　　　　　　　　　　　　　㊞

（いずれかを○で囲ってください）