**해 촉 증 명 서**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **성 명** |  | **계약자격** | 자유직(프리랜서) |
| **주민등록번호** | - |
| **연락처** |  |
| **주소** |  |
| **재직기간** |  |
| **용도** | 건강보험공단 제출용 |

**위 사실이 틀림없음을 증명합니다.**

**년 월 일**

**업체명:**

**사업자 등록번호:**

**주소:**

**대표이사:**

**국민건강보험공단 귀중**