

非扶養証明書

平成_____年_____月_____日

(あて先) 札幌市職員共済組合理事長

事業所所在地.....

事業所名.....

代表者名.....印

当事業所の社員（従業員）である下記1の者は、下記2の者に対する税控除、扶養手当、健康保険について認定を受けていないことを証明します。

記

1 社員（従業員）

(1) 氏名

(2) 生年月日 (昭和・平成) _____年_____月_____日生

2 非扶養者

	(1) 非扶養者	(2) 非扶養者	(3) 非扶養者
氏名			
生年月日	(昭和・平成) 年 月 日生	(昭和・平成) 年 月 日生	(昭和・平成) 年 月 日生
続柄			
住所			

(組合員番号) (組合員氏名) ←札幌市職員が記入すること。