

同 一 生 計 証 明 書

住 所 〒

氏 名

⑩

上の者は、(被保険者氏名) _____
が死亡した当時、その者と生計を同じくしていたことを証明します。

平成 年 月 日

証明者職業

住 所

氏 名

⑩

(注) あなたの生活と関係ない第三者(事業主、民生委員、社会保険委員など)
でああなたの家庭の事情をもっともよく知っている人の証明を受けてください。