

雇用証明書

フリガナ		生年月日
就労者氏名		昭和 平成 令和 年 月 日
採用年月日	年 月 日	入社
就労者について、直近のことをご記入ください。	雇用契約期間	平成 年 月 日 より 令和 年 月 日 (雇用契約期間 カ月更新あり)
	雇用形態	社員・パート・アルバイト・派遣社員・臨時職員・その他()
	就労内容	1日の労働時間 : 時間 分 (休憩時間除く)
		1ヶ月の稼働日数 : 日位
	基本給	月給・日給・日給月給(1ヶ月 円)・(時間給 円)
	その他手当	固定的賃金とされている手当(1ヶ月合計 円)
	通勤費	1ヶ月あたり 円 (課税分 円+非課税分 円)
	賞与	無・有 → 年 回支給 (年間 円位)
	総支給見込額	年間 約 円
	過去3ヶ月の支払額 (給与明細)	(月分) 円 (勤務 日間)
		(月分) 円 (勤務 日間)
		(月分) 円 (勤務 日間)
健康保険	加入・非加入(理由)	
厚生年金	加入・非加入	
雇用保険	加入・非加入	
事業所について	【特定適用事業所ですか】 はい・いいえ	
	<input type="checkbox"/> はいの場合、上の契約者は短時間労働者(3/4未満)の資格取得基準を満たさないものであることを証明します。	

上記のとおり相違ないことを証明します。

令和 年 月 日

事業所所在地

事業所名称

事業主氏名

連絡先電話番号 () —

担当者

印

【証明についてお願い】

この書類は健康保険の被扶養者資格調査に必要な書類です。お手数ですが貴事業所様にて証明をお願いいたします。証明内容につきましては、目的以外に使用することは一切ありません。