

勤務先

殿

## 証 明 願

健康保険被扶養者の申請に必要ですので、下記に証明をお願い致します。

令和 年 月 日

(被保険者記号・番号) ( ) ・ ( )

(被保険者氏名) \_\_\_\_\_

\*以下は勤務先にてご記入ください。(申請者記入無効)

### 勤務形態証明書

被雇用者氏名			雇用形態	<input type="checkbox"/> 正社員 <input type="checkbox"/> パート・アルバイト
雇用開始日または 雇用契約変更日	<input type="checkbox"/> 雇用開始日 <input type="checkbox"/> 契約変更日 平成・令和 年 月 日	貴社従業員数	_____人	
労働契約	<u>1日の労働時間</u> _____ 時間 <u>1週間の労働時間</u> _____ 時間 <u>1カ月</u> _____ 日勤務	給 与	時給 _____ 円・日給 _____ 円 月額およそ _____ 円 年額およそ _____ 円	
賞 与	<input type="checkbox"/> 支給なし <input type="checkbox"/> 支給あり _____ 円/年	通勤手当	<input type="checkbox"/> 支給なし <input type="checkbox"/> 支給あり _____ 円/日 _____ 円/月	
年間総支給額	_____ 円/年 (見込み)			補記事項 必要があれば記入
社会保険	健康保険 <input type="checkbox"/> 適用 <input type="checkbox"/> 不適用	雇用保険 <input type="checkbox"/> 適用 <input type="checkbox"/> 不適用		

上記の者の本年の1月から12月、または当月から1年間の給与合計額(交通費を含む)は上記金額であることを証明します。

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