

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) 氏 名 印

*枠内は勤務先の記入欄 (申請者記入無効)

関西電力健康保険組合 殿

勤務形態証明書

氏 名 : _____ 生年月日 : 昭・平・令 ____年 ____月 ____日

入社または契約変更日 : 入社日・契約変更日 (____年 ____月 ____日)

※本証明書の勤務形態になった日を記入して下さい。

契 約 期 間 : 有り (期間 ____年 ____月 ~ ____年 ____月) ・無し

賃 金 形 態 : 時給 (____円) ・日給 (____円) ・その他 (____円)

雇用保険の加入 : 加入 ・未加入

勤 務 形 態 : (注) 記入漏れのないようお願いします。

「常勤者」の1週間の勤務時間及び1ヶ月の勤務実日数

実働 : _____時間 (_____日)

「上記申請者」の1週間の勤務時間及び1ヶ月の勤務実日数

実働 : _____時間 (_____日)

年間総支給額 : _____円 / 年 (見込み)

※時間外・賞与・交通費も合算で記入して下さい。

(非課税分含む)

上記のとおり通常勤務者の3 / 4 未満 以上 の勤務であることを証明致します。

また、当事業所は特定適用事務所に該当 します しません

※同一事業主の適用事業所の厚生年金保険の被保険者数の合計が、1年で6ヵ月以上、500人を超えることが見込まれる場合は、特定適用事業所となります。

被保険者資格を満たしているが、付与できない理由は下記のとおりです。

※通常勤務者の3 / 4未満の場合は記入不要。

[理由] _____

令和 年 月 日

所在地 _____

会社名 _____ 印

TEL () _____

注 : 本証明書は、当組合が、健康保険被扶養者認定にあたり、対象者が「年間収入見込みが130万円未満となる方(月平均108,333円以下)なのかを確認するために記入していただくものです。

◎ご記入いただいた個人情報、当該の利用目的以外には使用いたしません。(令和元年5月)