

雇用証明願

下記事項について証明いただきたくお願い申し上げます。

記

- 目的 健康保険の被扶養者申請に使用
- 提出先 日本電気健康保険組合
- 証明内容 下記内容

以上

氏名	(フリガナ)		生年月日
	(姓)	(名)	昭和 平成 年 月 日
雇用年月日	平成・令和 年 月 日		
就労状況 変更年月日	平成・令和 年 月 日 (就労状況が変更された場合に記入)		
雇用形態	社員・パートタイマー・アルバイト・派遣社員・臨時職員・その他()		
就労内容	1日の所定労働時間		時間 分
	1ヶ月の所定労働日数		日
給与	(月額 円)又は(日額 円)若しくは(時給 円)		
通勤費	1ヶ月あたり 円 (非課税分を含む)		
賞与	年 回 支給 (1回約 円)		
年収額	$(給与月額+通勤費) \times 12 + 賞与 \times 支払回数 =$ 円		
健康保険	1. 加入 2. 非加入(理由)		
その他社会保険	雇用保険 1. 加入 2. 非加入	厚生年金保険 1. 加入 2. 非加入	

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

印

連絡先電話

()

担当者