

健 保 記 入 欄	記号・番号	
	被保険者名前	
	認 定 日	

## 雇 用 契 約 証 明 書

■ 被 用 者

住 所	
氏 名	
生 年 月 日	昭和 平成 年 月 日生〔 歳 〕

上記の者を下表労働条件により、雇用していることを証明致します。

■ 雇 用 条 件

入 社 年 月 日	年 月 日	
契 約 更 新	〔 有・無 〕⇒〔 時期 〕	
雇 用 期 間	年 月 日 から 年 月 日 まで	
仕 事 の 内 容		
始 業・就 業 時 間	午前・午後 時 分 から 午前・午後 時 分 まで	
所 定 実 働 時 間	時間 分 〔うち休憩時間 分〕	
休 日	土・日曜・祝祭・他( )	
時 間 外	有・無 1ヵ月平均 時間 〔@ 円〕	
賃 金	1. 給 与 形 態	時給制 日給制 月給制 ( 円) ( 円) ( 円) ※裏面 給与明細証明書欄へも合わせてご記入ください。
	2. 諸 手 当	イ 手当 円 ロ 手当 円
	3. 賃 金 締 切 日	〔 毎 月 日 〕
	4. 賃 金 支 給 日	〔 毎 月 日 〕
	5. 昇 給	〔 有・無 〕⇒〔 時期 〕

令和 年 月 日

■ 雇 用 主 事 業 主 住 所

事業主名(会社名) \_\_\_\_\_

代 表 者 名 \_\_\_\_\_ 印

電 話 番 号 \_\_\_\_\_

事業主各位 本証明書は上記の者の「被扶養者」認定に当たり、その資格・条件等の審査に必要なものです。

従って、当健康保険組合は、その目的外使用ならびに外部への開示等は一切行わない旨をご誓約致します。

表面の雇用契約に基づき、下記のとおり相違なく証明致します。

## 給 与 明 細 証 明 書

■ 給 与

支 給 期 日	日 数	単 価	通 勤 手 当	手 当	手 当	総 支 給 額		
年 月 日	日	円	円	円	円			円
年 月 日	日	円	円	円	円			円
年 月 日	日	円	円	円	円			円
年 月 日	日	円	円	円	円			円
年 月 日	日	円	円	円	円			円
年 月 日	日	円	円	円	円			円
6ヵ月計								円

※ 総支給額は控除前支給額  
含・通勤手当等

■ 賞 与 (含・臨時給・一時金)等

支 給 期 日	総 支 給 額		
年 月 日			円
年 月 日			円
小 計			円

※ 被用者が提出した時点で、支給の済んでいる直近6ヵ月以内についてご証明ください。

なお、内容に不明な点がございました場合、直接雇用主へ問い合わせさせていただく場合があることをご了承下さい。

健 保 記 入 欄	年間出勤日数	日
	年間収入額	円
	否 認 ・ 承 認	