三重交通健康保険組合　理事長 殿

見本

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	三重県津市〇〇1丁目〇〇番〇〇号
氏名	組合 花子
生年月日	(昭和)・平成 59 年 12 月 1 日［ 37 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いたします。

■ 雇用条件

入社年月日		令和 3 年 4 月 1 日
契約更新		［(有)・無］⇒〔時期 4月 〕
雇用期間		令和 3 年 4 月 1 日 から 令和 4 年 3 月 31 日 まで
仕事の内容		服飾販売
始業・就業時間		(午前)・午後 9 時 00 分 から 午前・(午後) 2 時 00 分 まで
所定実働時間		5 時間 分 〔うち休憩時間 60 分〕
休日		(土)・(日曜)・(祝祭)・他（ 水曜日 ）
時間外		(有)・無 1ヵ月平均 5 時間 〔@1,000円〕
賃金	1. 給与形態	(時給制) 日給制 月給制 930 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 通勤 手当 700 円／1日 ロ 手当 円
	3. 賃金締切日	〔 毎 月 20 日 〕
	4. 賃金支給日	〔 毎 月 25 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　※雇用主にて証明が必要　㊞

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いたします。

表面の雇用契約に基づき、下記のとおり相違なく証明いたします。

給与明細証明書

■ 給与

支給期日	日数	単価	通勤手当	時間外手当	手当	総支給額
R3年4月25日	16 日	930 円	11,200 円	4,000 円	円	90 400 円
R3年5月25日	17 日	930 円	11,900 円	4,500 円	円	95 450 円
R3年6月25日	18 日	930 円	12,600 円	6,500 円	円	102 800 円
R3年7月25日	17 日	930 円	11,900 円	4,000 円	円	94 950 円
R3年8月25日	15 日	930 円	10,500 円	2,000 円	円	82 250 円
R3年9月25日	18 日	930 円	12,600 円	5,000 円	円	101 300 円
					6ヵ月計	567 150 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	

三重

見　本

4/1より雇用形態変更(4/4申請分)
4/10支払分より3か月間給与明細書を
毎月送付ください。

健保記入欄		
	記号・番号	
	被保険者名前	
	認定日	

■ 被用者

住所	三重県津市○○1丁目○○番○○号
氏名	組合 B子
生年月日	(昭和)・平成 55 年 7 月 22 日[45 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いたします。

■ 雇用条件

入社年月日	令和 3 年 4 月 1 日	
契約更新	〔(有)・無〕⇒〔時期 4 月〕	
雇用期間	令和 7 年 4 月 1 日から 〈雇用形態変更〉 令和 8 年 3 月 31 日まで	
仕事の内容	服飾販売	
始業・就業時間	(午前)・午後 9 時 00 分から 午前・(午後) 3 時 00 分まで	
所定実働時間	5 時間 分 〔うち休憩時間 60 分〕	
休日	(土)・(日曜)・(祝祭)・他(水曜日)	
時間外	(有)・無 1ヵ月平均 5 時間 〔@1,100 円〕	
賃金	1. 給与形態	(時給制) 日給制 月給制 (1,030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 通勤 手当 1,000 円／1日 ロ 手当 円
	3. 賃金締切日	〔毎月 月末 日〕
	4. 賃金支給日	〔毎月 10 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 ※雇用主にて証明が必要 ㊞

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いたします。

表面の雇用契約に基づき、下記のとおり相違なく証明いたします。

給与明細証明書

■ 給与 （見込）

支給期日	日数	単価	通勤手当	時間外手当	手当	総支給額
R7年4月10日	8 日	1,030 円	8,000 円	4,000 円	円	53 200 円
R7年5月 9日	15 日	1,030 円	15,000 円	5,500 円	円	97 750 円
R7年6月 9日	15 日	1,030 円	15,000 円	5,500 円	円	97 750 円
R7年7月10日	15 日	1,030 円	15,000 円	5,500 円	円	97 750 円
R7年8月 8日	15 日	1,030 円	15,000 円	5,500 円	円	97 750 円
R7年9月10日	15 日	1,030 円	15,000 円	5,500 円	円	97 750 円
					6ヵ月計	541 950 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	