

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	昭和・平成 年 月 日		
就労状況 変更年月日	平成 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)×12+賞与×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。

平成 年 月 日

事業所所在地

事業所名称

事業主氏名

連絡先電話

担 当 者

印