

ご担当者 各位

御社従業員様の「健康保険被扶養者の申請」にあたり下記項目について確認させていただきたく、
証明をお願いいたします。

甲信越信用組合健康保険組合

年 月 日

甲信越信用組合健康保険組合 宛

雇 用 内 容 証 明 書

(雇用者) 所在地
事業所名
代表者名
電話番号

印

下記雇用内容について証明いたします。

記

[証明内容] 該当する□に✓を入れてください。

1.氏名		
2.雇用契約日		雇用開始日 年 月 日 契約変更日 年 月 日 (雇用継続中に契約内容を変更した場合は契約変更日も記入してください)
3.雇用形態		☐ 正社員 ☐ パート・アルバイト
4.雇用内容	労働時間および 労働日数	1 日 時間 1 週間 時間 1 か月 日勤務
	給与・賞与等 ※複数該当する場合、全てに✓を入れてください	☐ 時 給 (円/時間) ☐ 日 給 (円/日) ☐ 月 給 (円/月) ☐ 賞 与 (年 回) ・ (円/年) ☐ 通勤手当 (円/月) ☐ その他手当 (円/月)
	5.収入見込額(月額および年間) どちらも記入ください。	1 か月あたり(各種手当を含んだ見込額) 円/月 年間見込額(賞与を含めた年間見込額) 円/年
6.健康保険		☐ 加入あり ☐ 以下の理由で加入なし 対象者は正規従業員の4分の3未満の勤務内容で短時間労働者としても勤務先の健康保険制度には加入できないものである ☐ 他の理由で加入なし (理由)