

貴社従業員様より当健保へ「健康保険被扶養者の申請」がありましたので、  
下記項目につき確認をさせていただきたく、大変お手数ですが、証明をお願いいたします。

## 雇 用 証 明 書

被雇用者 (従業員)	氏名			
	住所			
雇用開始日	昭・平・令 年 月 日 (契約変更日: 平・令 年 月 日)			
職種				
雇用保険の加入	無・有		(加入日: 平・令 年 月 日)	
健康保険の加入	無・有		厚生年金の加入	無・有
給与支払の区分	給与所得 ・ 事業所得 ・ その他( )			
給与形態	月給( 円) ・ 日給( 円) ・ 時給( 円)			
1日の所定労働時間	時間	分	1か月の所定労働日数	日
月収見込額	円/月		通勤手当 (非課税分含む)	円/月
賞与見込額	円/年		年収見込額※	円/年

※その他手当を含むすべての年収見込額を記入

直近の支払額 (総支給額を記入)	給与	月	円	→	(理由コード)	
		月	円		円	円
		月	円		円	円
	賞与	月	円	給与支払額のうち、人手不足等で一時的な 収入増がある場合は、増加分の金額と 理由コード(A~C)を記入してください A: 人手不足のため B: 会社の業績向上による勤務増 C: 突発的な大口案件が発生し勤務増		

労働条件通知書のコピーを添付してください

添付しました (  をお願いします)

上記の者は当社に勤務し、以上の記述は事実と相違ないことを証明します。

令和 年 月 日記入

事業所住所:

事業所名称:

事業所代表者名: \_\_\_\_\_ (印)

記入責任者名: \_\_\_\_\_

電話番号: \_\_\_\_\_