

(証明いただく方へのお願い)この証明書は、健康保険組合の被扶養者の申請をする際、事務処理に必要とし、他の目的で使用することは一切ありません。記入もれのないようお願いいたします。

雇用状況の証明書

氏名 _____ 生年月日 _____ S. H. R. _____ 年 月 日

上記の者の雇用条件は下記の通りであることを証明いたします。

_____ 年 月 日

ウラベ健康保険組合 殿

事業所名

所在地

事業主名

電話番号

印

記

(1) 雇用期間 _____ 年 _____ 月 _____ 日 ~ _____ 年 _____ 月 _____ 日

(2) 契約更新(該当するものを○で囲んでください) 更新あり ・ 更新なし

(3) 就業場所 _____ (4) 担当業務 _____

(4) 勤務時間

1日の勤務時間 午前・午後 _____ 時 _____ 分 ~ 午前・午後 _____ 時 _____ 分

同休憩時間 午前・午後 _____ 時 _____ 分 ~ 午前・午後 _____ 時 _____ 分

(5) 休日 1週間につき _____ 日(毎週 _____ 曜日・不定) または 1月につき _____ 日

(6) 所定労働時間(休憩時間を除く) **1週間** _____ 時間 _____ 分

所定労働日数(平均日数) **1ヶ月** _____ 日

(7) 給与

時給・日給・月給制(該当するものを○で囲んでください) 1時間・日・月あたり _____ 円

交通費:(該当するものを○で囲んでください) 1日・1ヶ月 _____ 円

賞与があるときはその額 _____ 月(支給月) _____ 円

_____ 月(") _____ 円

年間収入見込み _____ 円(交通費、賞与などを含む)

(8) 貴事業所の正社員(社会保険が適用されている社員)の就業状況

所定労働時間(休憩時間を除く) **1週間** _____ 時間 _____ 分

所定労働日数(平均日数) **1ヶ月** _____ 日

(9) 貴事業所についてご回答ください(どちらかを○で囲んでください)。

健康保険・厚生年金保険の特定適用事業所(被保険者総数が常時501人以上)、任意特定適用事業所、地方公共団体に属する事業所のいずれかに 該当 ・ 不該当

以上