

(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. 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。

平成 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 平成\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日～平成\_\_\_\_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週間の所定労働時間(休憩時間を除く) \_\_\_\_\_時\_\_\_\_分

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: 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

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)に 該当・不該当