

【就労証明願】

「就労状況証明書」について証明をお願いする者（自署）

自署

※被保険者ではなく、被扶養者申請対象者です

私は健康保険被扶養者認定申請のため、下記「就労状況証明書」について証明をお願いします。

なお、本書類の提出先は住居市町村健康保険組合になります

被扶養者の就労先に記入を依頼してください。

令和 6 年 ×× 月 ×× 日

就労状況証明書

【該当項目に☑】

※太枠内について記載をお願いします。訂正する場合は、二重線で抹消し、訂正印を押してください。

入社日	×× 年 4 月 1 日	契約 変更日	×× 年 3 月 1 日	
契約期間	<input checked="" type="checkbox"/> 期間の定め なし： ×× 年 4 月 1 日から雇用			
	<input type="checkbox"/> 期間の定め あり： 年 月 日から 年 月 日まで			
	契約更新予定	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	
勤務形態	<input checked="" type="checkbox"/> 常勤 週 4 日勤務			
	<input type="checkbox"/> 非常勤 正社員が週 日勤務のうち、週 日勤務			
	<input type="checkbox"/> 不定期勤務（直近3ヶ月分の給与支払実績の欄をご記入お願いいたします。）			
勤務時間	<input type="checkbox"/> フルタイム勤務 一日 時間勤務			
	<input checked="" type="checkbox"/> パートタイム勤務 正社員が一日 8 時間勤務のうち、一日 4 時間勤務			
	時間外勤務の有無	<input type="checkbox"/> あり：約 時間/月		
		<input checked="" type="checkbox"/> なし		
直近3ヶ月分の 給与支払実績 (勤務形態が 不定期の場合 のみ記入)	支払年月	勤務日数	勤務時間	支払総額
	令和 年 月	日	時間	円
	令和 年 月	日	時間	円
	令和 年 月	日	時間	円
	※入社3ヶ月未満の方は支払した月分（実績）をご記入ください。勤務日数に有給休暇も含めます。			
現行の賃金	給与形態	基本賃金	諸手当	交通費
	<input checked="" type="checkbox"/> 時給	1,000 円	円	450 円
	<input type="checkbox"/> 日給	円	円	円
	<input type="checkbox"/> 月給	円	円	円
	<input type="checkbox"/> その他	円	円	円
	<input checked="" type="checkbox"/> 賞与 (年間見込額)	50,000 円		円
雇用保険	<input type="checkbox"/> 加入			
	<input checked="" type="checkbox"/> 非加入 理由：労働時間が加入条件を満たさないため			
健康保険 厚生年金	<input type="checkbox"/> 加入			
	<input checked="" type="checkbox"/> 非加入 理由：労働時間が加入条件を満たさないため			
健保 記入欄				

上記の通り証明します。

令和 6 年 ×× 月 ×× 日

事業所所在地 品川区 ■■■××-××

事業所名称 健康第一株式会社

事業主氏名 健康 一郎

印

連絡先電話 03-××××-××××

担当者 ■■■子