

雇用証明書

証明いただく事業主の方へ
健康保険の扶養手続きを行うための書類ですので、雇用契約に基づい

1 従業員氏名 共済 花子

1の従業員を御社で雇用開始した年月日
をご記入ください。
例) 平成30年4月1日に正社員として雇用

2 雇用開始年月日 平成30年 4月 1日

3 雇用契約期間(該当するものを○で囲み、年月日)

現在の条件に変更された年月日をご記入ください。
例) 令和2年4月1日に1年更新のパートへ身分切替
令和4年4月1日からは時給1,000円に変更

1. 無制限

(雇用契約内容変更年月日 年 月 日)

2. 令和4年4月1日から令和5年3月31日まで

再契約の予定 有・無

(上記期間中の雇用契約内容変更年月日 令和4年4月1日)

4 賃金支払方法及び勤務形態(該当する番号を○で囲み、金額等を記入してください。)

1. 時間給 (1,000円) 1日あたりの平均勤務時間(4時間)

1か月あたりの平均勤務日数(20日)

2. 日給 (円) 1日あたりの平均勤務日数(日)

3. 月給 (円)

4. 賞与 (年額 円)

※ 契約時に金額が決まっている場合のみ記入してください。

現在の賃金支払方法・勤務形態をご記入ください。

5 社会保険・雇用保険加入の有無(該当するものを○で囲んでください)

社会保険加入 有・無 雇用保険加入 有・無

通勤手当以外の支払総額を
記入してください。
証明日を基準として前6ヶ月の
支給実績と後6ヶ月の見込額を
記入してください。

6 給与支払状況及び見込額(総支払金額を記入してください。ただし通勤手当は除く。)

令和4年7月支払額 96,000円

令和4年8月支払額 76,000円

令和4年9月支払額 106,000円

令和4年10月支払額 81,000円

令和4年11月支払額 100,000円

令和4年12月支払額 56,000円

令和5年1月支払額 80,000円(見込)

令和5年2月支払額 80,000円(見込)

令和5年3月支払額 80,000円(見込)

令和5年4月支払額 80,000円(見込)

令和5年5月支払額 80,000円(見込)

令和5年6月支払額 80,000円(見込)

賞与 令和4年6月支払額 30,000円

(令和3年12月～令和4年5月の6か月分)

令和4年12月支払額 40,000円

(令和4年6月～令和4年11月の6か月分)

7 特記事項(雇用期間及び賞与等)

賞与・寸志・一時金の支給がある場合にご記入ください。
例) 6月に前年の12月から5月分にかかる賞与3万円支給
12月に今年6月から11月分にかかる賞与4万円を支給予定

上記のとおり証明します。

令和 5 年 1 月 1 日

所在地

〇〇市△△町123-4

事業所名

医療法人共済会 ひょうご病院

代表者氏名

代表取締役 神戸 太郎

電話番号

078-999-9999