

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、雇用契約に基づいてすべての項目に記入願います。

1 従業員氏名 _____

2 雇用開始年月日 _____年 _____月 _____日

3 雇用契約期間(該当するものを○で囲み、年月日を記入してください。)

1. 無制限 (雇用契約内容変更年月日 _____年 _____月 _____日)
2. _____年 _____月 _____日から _____年 _____月 _____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 _____年 _____月 _____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 (_____円) 1日あたりの平均勤務時間(____時間) 1か月あたりの平均勤務日数(____日)
2. 日給 (_____円) 1か月あたりの平均勤務日数(____日)
3. 月給 (_____円)
4. 賞与 (年額 _____円) ※ 契約時に金額が定まっている場合のみ記入してください。

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

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。)

年 月 支払額 _____円	年 月 支払額 _____円
年 月 支払額 _____円	年 月 支払額 _____円
年 月 支払額 _____円	年 月 支払額 _____円
年 月 支払額 _____円	年 月 支払額 _____円
年 月 支払額 _____円	年 月 支払額 _____円
年 月 支払額 _____円	年 月 支払額 _____円

賞与 _____年 _____月 支払額 _____円
(_____年 _____月～ _____年 _____月の _____か月分) _____年 _____月 支払額 _____円
(_____年 _____月～ _____年 _____月の _____か月分)

7 特記事項(雇用期間及び勤務条件等に上記以外の定めがある場合に記入してください。)

上記のとおり証明します。

令和 _____年 _____月 _____日

所在地

事業所名

代表者氏名

電話番号