

雇用証明書

《氏名》 _____ は現在、

《事業所名》 _____ に勤務しており、勤務内容は下記の通りです。

就職日	平成 令和	年 月 日入社	雇用条件変更日	令和	年 月 日
就労場所	TEL - -				
仕事の内容					
雇用形態	正社員 ・ パートタイマー ・ アルバイト ・ その他()				
社会保険の加入	健康保険 ・ 厚生年金 ・ 雇用保険				
時間給	円	勤務時間	:	~	:
1日の労働時間	時間	分	1ヶ月の稼働日数	日位	
1日当りの収入	円/時間× 時間= 円/日				
①1ヶ月当りの収入	円/日 × 日 = 円/月				
その他の手当	②非課税通勤費	円/月	④賞与	有・無(年間 円位)	
*非課税の手当についても 必ずご記入下さい	③課税通勤費	円/月	⑤その他	内容() 円/月	
年収推定額※ (①+②+③+⑤)×12+④	円/年				
最近6ヶ月の勤務状況 (稼働日数及び給支給額※)	月分 日	円	月分 日	円	
	月分 日	円	月分 日	円	
	月分 日	円	月分 日	円	
備考					

<注意事項>

- ※年収推定額および給支給額は、「賞与」「その他の手当(非課税手当含む)」の項目も含めた給支給額をご記入ください。
- 全ての項目についてご記入ください。(記入漏れがあると受理できない場合があります)
- 事業所印は、原則として公印を押印。個人経営などで公印の無い場合には、余白部分に公印が無い理由と共に、必要事項を記入、フルネームの前に「代表者」または「肩書き」を追記の上、捺印願います。

上記の通り、相違ないことを証明致します。

令和 年 月 日

ヤマハ健康保険組合理事長殿

所在地
事業所名

印

<被保険者記入欄>

※勤務先で証明後、被保険者記入

記号 _____ 番号 _____

被保険者氏名 _____ 調査対象者氏名 _____ 続柄 _____