

雇 用 証 明 書

《 氏 名 》

《 事 業 所 名 》

は現在、_____に勤務しており、勤務内容は下記の通りです。

就 職 日	昭和 平成 年 月 日入社	雇 用 形 態	正社員 ・ パートタイマー ・ アルバイト ・ その他()	
雇 用 条 件 変 更 日	平成 年 月 日	社 会 保 険 の 加 入	健康保険 ・ 厚生年金 ・ 雇用保険	
仕 事 の 内 容		就 労 場 所	TEL - -	
時 間 給	円	1 日 当 り の 収 入	円/時間 × 時間 = 円/日	
勤 務 時 間	: ~ :	1 ヶ 月 当 り の 収 入	円/日 × 日 = 円/月	
1 日 の 労 働 時 間	時間 分	年 収 推 定 額 ※	円/年	
1 ヶ 月 の 稼 働 日 数	日位	最 近 6 ヶ 月 の 勤 務 状 況 (稼働日数及び総支給額※)	月分 日 円	月分 日 円
賞 与	有 ・ 無 (年間 円位)		月分 日 円	月分 日 円
そ の 他 の 手 当	非課税通勤費 円/月		月分 日 円	月分 日 円
*非課税の手当についても 必ずご記入下さい	課税通勤費 円/月	備 考		
	その他 () 円/月			

<注意事項>

- ・※年収推定額および総支給額は、「賞与」「その他の手当(非課税手当含む)」の項目も含めた総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。

平成 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 _____ 私、 _____ の _____ 健康保険扶養申請につきまして、雇用証明書を提出します。
(被保険者氏名) (続柄・認定対象者氏名)