

(扶養申請者勤務先)

殿

証 明 願

健康保険被扶養者の申請に使用するため、下記に(扶養申請者名)の勤務時間・給与等について証明をお願い致します。

令和 年 月 日

被保険者氏名： _____

* 以下勤務先記入欄 (申請者記入無効)

横浜ゴム健康保険組合殿

勤務証明書

※証明内容を訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容と証明者の氏名(サイン)をご記入ください。

氏 名		生年月日	昭和 平成	年 月 日	
勤務開始日	平成 令和	年 月 日	雇用契約変更日 (変更があった場合)	平成 令和	年 月 日

雇用期間	<input type="checkbox"/> 期限無し <input type="checkbox"/> 期限有り 勤務期間：平成・令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日 更新予定： <input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 無し
勤務時間	<input type="checkbox"/> 定期勤務 1日：始業時間 ~ 終業時間 まで、実働 時間 1ヶ月の勤務日数：平均 日 (年間営業日÷12ヶ月) <input type="checkbox"/> 不定期勤務 → 1ヶ月の勤務見込時間 時間
給 与	<input type="checkbox"/> 時給 (円) <input type="checkbox"/> 日給 (円) <input type="checkbox"/> その他 () 月額給与見込： × = ① 円/月
賞与・手当	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り 賞与：(回/年×支給見込額： 円) /12=② 円/月額相当 通勤手当：③ 円/月、(<input type="checkbox"/> 定額 ・ <input type="checkbox"/> 勤務日数分) その他 手当：④ 円/月 (手当の名称：)
合 計	①+②+③+④= 円/月 ×12ヶ月= 円/年
社会保険	雇用保険： <input type="checkbox"/> 加入 <input type="checkbox"/> 未加入 健康保険： <input type="checkbox"/> 加入 <input type="checkbox"/> 未加入
その他	補足・特記事項等が有りましたらご記入ください。
事業所の状況	常勤者の勤務時間 1日：始業時間 ~ 終業時間 まで、実働 時間 1ヶ月の勤務日数：平均 日 (年間営業日÷12ヶ月)

上記のとおりであることを証明します。

令和 年 月 日 事業所 所在地：
名 称：
代表者：
TEL：