

(扶養申請者勤務先)

新橋***会社 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) 横浜 康代 の勤務時間・給与等について証明をお願い致します。

令和 3年 4月 10日

被保険者氏名: 横浜 健男

* 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
------	--

給与	<input type="checkbox"/> 時 月
----	---------------------------------

賞与・手当	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 賞 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) 従業員数: <input type="checkbox"/> 501人以上 <input type="checkbox"/> 500人以下 → 任意特定事業所に 該当・不該当
--------	--

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:

被扶養者として申請する家族の勤務先で
勤務・給与に関する証明を受けてください。

申請者が記入した場合は無効です。