

雇用証明書

雇用者 名称

所在地

電話番号

従業員人数 51人以上 / 50人以下 (どちらかに○)

被雇用者

氏名

現住所

生年月日 昭・平 年 月 日

(1) 就労開始 平成/令和 年 月 日から

(2) 業務内容

(3) 就業時間 時 分から 時 分まで

(実働時間 時間 分 / 日 or 週)

(4) 賃金 時間給とし、実働1時間当り 円 とする

(5) 通勤費支給 有り/無し

(6) 賞与支給 有り/無し

(7) 月間勤務日数 日間

(8) 給与支給日 毎月 日締め、 日払い

(9) 就労形態変更日 令和 年 月 日

(10) 備考

(11) 当該事業所一般社員の方の労働条件

①月間労働日数 日間

②労働時間 1日 時間

上記のとおり証明いたします。

記入日：令和 年 月 日 記入者： (役職)

雇用者の方へ

雇用証明書作成へのご協力ありがとうございます。

この証明書は健康保険被扶養者認定審査の際に使用いたします。

使用目的は主に、当該被扶養者がアルバイトやパート等で短時間労働している場合に、貴社の一般社員の方の労働条件と比較する為です。

この比較内容は、就業時間又は月間勤務日数が一般社員の4分の3未満であるかどうかをみますので全ての欄にご記入をお願いいたします。

また実働（給与明細）と契約内容に相違がある場合など当健保組合より直接お問い合わせさせていただくこともございますのでご了承ください。

記入例

被 雇 用 者 に つ い て	(1) 就労開始	平成/令和 5年 4月 1日から	※働き始めた日付をご記入ください。 ※働き方が変更になった場合は(9)、終了日が決まっている場合等はその旨を(10)備考にご記入ください。
	(2) 業務内容	商品の棚卸、販売	
	(3) 就業時間	10時00分から15時30分まで	※パターンがある場合は余白または(10)備考にご記入ください。 (実働時間 4時間 30分 / 日 or 週) ※どちらかに○
	(4) 賃金	時間給とし、実働1時間当り	1,500円 とする
	(5) 通勤費支給	有り / 無し	※どちらかに○ ※記入日時点の金額をご記入ください。
	(6) 賞与支給	有り / 無し	※どちらかに○
	(7) 月間勤務日数	13	日間
	(8) 給与支給日	毎月 25日締め、翌月 15日払い	
	(9) 就労形態変更日	年 月 日	※就労形態変更の場合ご記入ください
	(10) 備考	※追記したい事項や連絡事項があれば備考欄をご活用ください。	
貴 社 に つ い て	(11) 当該事業所一般社員の方の労働条件		
	① 月間労働日数	22	日間
	② 労働時間	1日 8	時間
記入日：令和 6年 10月 10日 記入者： ○○○ (役職 支店長)			
※この証明書を作成いただいたご担当者様についてご記入ください。			