

提出日 令和 年 月 日

日本発条健康保険組合
理事長 殿

健康保険雇用証明書

雇用者 所在地

名称



電話番号

被雇用者 氏名

現住所

生年月日 昭・平・令 年 月 日

上記両者において、下記のとおり証明いたします。

(1) 契約期間 令和 年 月 日から令和 年 月 日まで

(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)

(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 (どちらかに○)

(6) 月間勤務日数 日間

(7) 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

以上

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。

※記入例

被 雇 用 者 に つ い て	(1) 契約期間	令和1年5月11日から令和1年12月31日まで
	(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 (実働時間 4時間30分)
	(4) 賃 金	時間給とし、実働1時間当り 900 円 とする
	(5) 通勤費支給	<input checked="" type="radio"/> 有り / 無し (どちらかに○)
	(6) 月間勤務日数	13 日間
貴 社 社 員 に つ い て	(7) 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