

事業主様

貴社従業員様から申請があり、当組合にて健康保険被扶養者の認定・再認定審査を行っております。  
現在の勤務状況につきまして、下記内容の証明をお願い致します。

大京健康保険組合 電話03-3404-1884

## 雇用形態及び支払証明書

貴社従業員	氏名	健保 花子		生年月日	昭和 〇〇年〇〇月〇〇日 平成
雇用形態	<input checked="" type="checkbox"/> パート <input type="checkbox"/> アルバイト <input type="checkbox"/> 派遣社員 <input type="checkbox"/> 正社員 <input type="checkbox"/> その他 ( )				
雇用開始日	平成 2 年 4 月 1 日 令和	社会保険適用の状況 (入社時)	適用・雇用保険のみ・除外		
雇用変更日 (変更があった場合)	平成 3 年 6 月 1 日 令和	社会保険適用の状況 (変更後)	適用 雇用保険のみ・除外		
雇用契約期間 (有期雇用の場合)	年 月 日 ~	年 月 日	更新予定	あり・なし	
1日の就労時間	6 時間 00 分				
平均就労日数	<input checked="" type="checkbox"/> 週: 3 日勤務 <input type="checkbox"/> 月: 日勤務				
給料形態	<input checked="" type="checkbox"/> 時間給: 1,000 円 <input type="checkbox"/> 日給: 円 <input type="checkbox"/> 月給: 円				
通勤手当	<input checked="" type="checkbox"/> 日額: 500 円 <input type="checkbox"/> 月額: 円 <input type="checkbox"/> なし				
賞与等の支給	<input type="checkbox"/> あり 年額: 円 <input checked="" type="checkbox"/> なし				
年間支給見込額	1,014,000 円		※今後1年間を推計した収入合計額をご記入下さい。 (通勤手当・賞与等含む)		
直近の 給与支給額	支給日	総支給額	支給日	総支給額	
	3 年 6 月	見込・実績 78,000 円	3 年 12 月	見込・実績	80,000 円
	3 年 7 月	見込・実績 84,500 円	4 年 1 月	見込・実績	80,000 円
	3 年 8 月	見込・実績 80,000 円	4 年 2 月	見込・実績	80,000 円
	3 年 9 月	見込・実績 80,000 円	4 年 3 月	見込・実績	80,000 円
	3 年 10 月	見込・実績 80,000 円	4 年 4 月	見込・実績	80,000 円
3 年 11 月	見込・実績 80,000 円	4 年 5 月	見込・実績	80,000 円	
現在の勤務状況	<input checked="" type="checkbox"/> 上記のとおり勤務 <input type="checkbox"/> 産休中 年 月 日 ~ 年 月 日 (予定) <input type="checkbox"/> 育児休業中 年 月 日 ~ 年 月 日 (予定) <input type="checkbox"/> その他 (詳細 )				
備考					

上記のとおり相違ないことを証明します

令和 3 年 8 月 5 日

事業主 所在地

事業所名称

代表者氏名

雇用主の証明

印

ご担当者名・連絡先 ( 〇〇〇〇〇〇 03-1234-5678 )