

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			生年月日	昭和 平成	年	月	日		
雇用形態	<input 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 令和	年	月	日	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 令和	年	月	日	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	時間 分									
平均就労日数	<input type="checkbox"/> 週： _____ 日勤務 <input type="checkbox"/> 月： _____ 日勤務									
給料形態	<input type="checkbox"/> 時間給： _____ 円 <input type="checkbox"/> 日給： _____ 円 <input type="checkbox"/> 月給： _____ 円									
通勤手当	<input type="checkbox"/> 日額： _____ 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 type="checkbox"/> なし									
年間支給見込額	_____ 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				
	年 月	見込・実績	円	年 月	見込・実績	円				
	年 月	見込・実績	円	年 月	見込・実績	円				
	年 月	見込・実績	円	年 月	見込・実績	円				
	年 月	見込・実績	円	年 月	見込・実績	円				
	年 月	見込・実績	円	年 月	見込・実績	円				
現在の勤務状況	<input 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 年 月 日

事業主 所在地

事業所名称

代表者氏名

印

ご担当者名・連絡先 ()