

就 労 証 明 願

下記事項につき、ご証明願いたく宜しくお願い致します。

記

- 目的 健康保険「被扶養者」申請のため
- 提出先 工機ホールディングス健康保険組合(TEL 029-276-7437)
- 証明内容 下記「就労証明書」による

就 労 証 明 書

対象者氏名	(フリガナ)			生 年 月 日				
	昭和	年	月	日	平成	年	月	日
就 労 開 始 日 (又は就労形態変更日)	平成	年	月	日	雇用形態 (正社員・パート・アルバイト等)			
就 労 状 況	勤 務 形 態	常 勤 (週 日勤務) 非 常 勤 (常勤が週 日勤務のうち、対象者が週 日勤務)						
	勤 務 時 間	フルタイム (1日 時間勤務) パートタイム (正社員が1日 時間勤務のうち、対象者が1日 時間勤務)						
賃 金	月 額	(円)						
	日 額	(円)						
	時 給	(円)						
諸 手 当	月 額	(円) (内容: 手当)						
	日 額	(円) (内容: 手当)						
通 勤 交 通 費	月 額	(円)						
	日 額	(円)						
賞 与	あ り	(年 回支給、約 円/年)						
	な し							
健 康 保 険	加 入							
	非 加 入	(非加入の理由:)						

上記の通り相違ないことを証明します。

令和 年 月 日

事業所所在地

事業所名称

事業主氏名

印

連絡先電話 ()