

① 令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日

② 申請者 健保 友子

## 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

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

## 就 労 証 明 書

③ 対象者氏名	(フリガナ) <b>ケンボ トモコ</b>		生 年 月 日	
	<b>健保 友子</b>		昭和 平成	年 月 日 4 4 2 1
④ 就労開始日 (又は就労形態変更日)	平成 令和	年 月 日 〇 〇 〇 〇 〇	雇用形態 (正社員・パート・アルバイト等)	<b>パート</b>
⑤ 就労 状 況	勤務形態	常 勤 (週 日勤務) <b>非 常 勤</b> (常勤が週 <b>5</b> 日勤務のうち、対象者が週 <b>3</b> 日勤務)		
	勤務時間	フルタイム (1日 時間勤務) <b>パートタイム</b> (正社員が1日 <b>8</b> 時間勤務のうち、対象者が1日 <b>3</b> 時間勤務)		
⑥ 賃 金	月 額 ( )	円)		
	日 額 ( )	円)		
	時 給 ( )	<b>850</b> 円)		
⑦ 諸 手 当	月 額 ( )	<b>2,000</b> 円) (内容: <b>資格</b> 手当)		
	日 額 ( )	円) (内容: 手当)		
⑧ 通勤交通費	月 額 ( )	円)		
	日 額 ( )	<b>300</b> 円)		
⑨ 賞 与	<b>あ り</b> (年 <b>2</b> 回支給、約 <b>30,000</b> 円/年)			
	な し			
⑩ 健 康 保 険	加 入			
	<b>非 加 入</b> (非加入の理由: <b>所定労働時間が基準に満たないため</b> )			

上記の通り相違ないことを証明します。

⑪ 令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日

⑫ 事業所所在地 **〇〇県××市△△町□□番地**  
事業所名称 **〇〇〇〇株式会社**  
事業主氏名 **△△ △△** 印  
連絡先電話 **××× (×××) ××××**  
担 当 者 **□□**

次のような場合に、この証明書をご使用ください。

被扶養者として申請するご家族にパートやアルバイト等による給与収入がある場合、直近の収入状況が確認できる書類の提出が必要です。

その書類として『給与明細の写し直近3ヵ月分』がありますが、就職して間もないときや、給与明細を紛失してしまった等により提出できないとき、ご家族の勤務先からこの証明を受けることで収入状況が確認できる書類となります。

### 《注意事項》

- 必ず、申請するご家族の勤務されている会社から証明を受けてください。  
※この記入例と一緒に付けて依頼いただく事をお勧めします。
- 直近3ヵ月分の給与明細の写しを提出できる場合は、この証明願いは不要です。

### 《記入要領》

#### ①日付

ご家族の勤務先に証明を依頼する日を記入してください。

#### ②③申請者

被扶養者として申請をするご家族の氏名、生年月日を記入してください。

#### ④～⑩は、ご家族の勤務先に記入いただいでください。

#### ④就労開始日(又は就労形態変更日)

就労開始日を記入してください。

#### ⑤就労状況

対象者の就労状況等について記入をしてください。

#### ⑥賃金

月額・日額・時給のいずれかをご記入ください。諸手当、通勤交通費は⑦に記入願います。

#### ⑦⑧⑨諸手当等

⑥の賃金以外に支払われている手当等がありましたら記入してください。

非課税の手当等も収入に含めますので全て記入してください。

#### ⑩健康保険

健康保険の加入状況を記入してください。

非加入の場合はその理由を記入してください。

#### ⑪日付

証明日を記入してください。

#### ⑫勤務先証明印