

被 保 険 者 記 入 欄	
記号	番号
被 保 険 者 氏 名	

雇 用 内 容 証 明 書

氏 名			
雇用開始年月日	平成	年	月 日
(契約変更年月日)	※雇用形態や勤務形態が変更となった場合は、変更年月日・変更理由を記入 平成 年 月 日 (理由)		
雇 用 形 態	正社員・派遣社員・パート・アルバイト・その他 ()		
勤 務 時 間	時 分 ~ 時 分 休憩 () 分		
	【実働時間】	時間 分/日	時間 分/週 時間 分/月
勤 務 日 数	日/週		日/月
給 与	月給・日給・時給 () 円		
	※その他の手当がある場合 手当名 () () 円/月		
賞 与	有り () 回/年 ・ 業績による ・ 無し		
	※賞与には、一時金や感謝金、寸志など名称にかかわらず毎月の給与以外に支給されるものを含む		
交 通 費	(1) 支給の有無 有り ・ 無し		
	(2) 支給金額 a. 定額: () 円/月		
	b. 実費: () 円/日 × 出勤日数 c. その他 () : () 円/月		
給与締日と支払日	() 日締め / 当月・翌月・翌々月 () 日払い		
社会保険加入の有無	健康保険	有り	無し
	厚生年金	有り	無し
	雇用保険	有り	無し
そ の 他 留 意 事 項			

上記の通り、相違ないことを証明いたします。

(記入日) 平成 年 月 日

所在地

電話番号

事業主名称及び事業主氏名



[記載上の注意]

* 健康保険の被扶養者申請にあたり、必要な項目となります。大変お手数ですが、すべての項目について漏れのないよう証明をお願いいたします。

* 「事業主名称及び事業主氏名」欄に社印（代表者印）を押印してください。また、訂正箇所は社印（代表者印）を押印してください。社印や訂正印無し、修正液等での修正は無効といたします。

様

ご担当者様

貴社従業員様から、当健保組合に被扶養者の申請がございました。

つきましては、記入例を参考に、ご記入をお願いいたします。

記入例

雇用内容証明書

氏名	健保 花子		
雇用開始年月日	平成 30 年 1 月 1 日		
(契約変更年月日)	※雇用形態や勤務形態が変更となった場合は、変更年月日・変更理由を記入 平成 30 年 7 月 1 日 (理由 正社員からパート社員に変更)		
雇用形態	正社員・派遣社員・パート アルバイト・その他 ()		
勤務時間	10 時 00 分 ~ 14 時 00 分 休憩 (30) 分 【実働時間】 3 時間 30 分/日 9 時間 00 分/週 36 時間 00 分/月		
勤務日数	3 日/週		12 日/月
給与	月給・日給・時給 (1,000) 円 ※その他の手当がある場合 手当名 () () 円/月		
賞与	有り (2) 回/年 ・ 業績による ・ 無し ※賞与には、一時金や感謝金、寸志など名称にかかわらず毎月の給与以外に支給されるものを含む		
交通費	(1) 支給の有無 有り ・ 無し (2) 支給金額 a. 定額: () 円/月 b. 実費: (420) 円/日 × 出勤日数 c. その他 () : () 円/月		
給与締日と支払日	(末) 日締め / 当月・翌月・翌々月 (15) 日払い		
社会保険加入の有無	健康保険	有り	無し
	厚生年金	有り	無し
	雇用保険	有り	無し
その他留意事項	週3日勤務のうち、1日は、10:00~12:00の2時間勤務になります。		

上記の通り、相違ないことを証明いたします。

(記入日) 平成 30 年 7 月 2 日

所在地 東京都●●●区▲▲▲▲▲1-2-3

電話番号 03-△△△△-XXXXX

事業主名称及び事業主氏名 ○○○○株式会社



[記載上の注意]

* 健康保険の被扶養者申請にあたり、必要な項目となります。大変お手数ですが、すべての項目について漏れのないよう証明をお願いいたします。

* 「事業主名称及び事業主氏名」欄に社印（代表者印）を押印してください。また、訂正箇所は社印（代表者印）を押印してください。社印や訂正印無し、修正液等での修正は無効といたします。