

就 労 証 明 願

下記事項につき、証明願います。

記

- 1. 目的 日立健康保険組合の被扶養者になるため
- 2. 提出先 日立健康保険組合
- 3. 証明内容 下記「就労証明書」による

以 上

就 労 証 明 書

対象者氏名	(フリガナ)				生 年 月 日				
					昭和	年	月	日	
就 労 開 始 日	昭和	年	月	日	就労開始後、就労形態変更の場合				
	平成	年	月	日	就 労 形 態 変 更 日				
就 労 状 況	雇 用 形 態	<ul style="list-style-type: none"> ・ 正 社 員 ・ パート・アルバイト 							
	勤 務 形 態	<ul style="list-style-type: none"> ・ 常 勤 → (週 日勤務) ・ 非 常 勤 → (正社員が週 日勤務のうち、対象者が週 日勤務) 							
	勤 務 時 間	<ul style="list-style-type: none"> ・ 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 (諸手当・通勤費補助を除く)	<ul style="list-style-type: none"> ・ 月 額 → (円) ・ 日 額 → (円) ・ 時 給 → (円) 								
諸 手 当	<ul style="list-style-type: none"> ・ あり → 月 額 (円) 日 額 (円) ・ なし 								
通 勤 費 補 助	<ul style="list-style-type: none"> ・ あり → 月 額 (円) 日 額 (円) ・ なし 								
賞 与	<ul style="list-style-type: none"> ・ あり → (年 回支給 : 約 円/年) ・ なし 								
健 康 保 険	<ul style="list-style-type: none"> ・ 加 入 ・ 非 加 入 → (非加入理由:) 								

上記の通り相違ないことを証明します。

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 ()

担 当 者