

記入例

① ○○○○年 ○○月 ○○日
 ② 申請者 **健保薫**

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

②	対象者氏名	(フリガナ) ケンボカオル 健保薫	生 年 月 日 昭和 平成 令和	6 0 0 1 0 1	
	就 労 開 始 日	昭和 平成 令和	就 労 開 始 後、就 労 形 態 変 更 の 場 合 就 労 形 態 変 更 日	昭和 平成 令和	○ ○ ○ ○ ○ ○
③	雇 用 形 態	・ 正 社 員 ・ パート・アルバイト			
	勤 務 形 態	・ 常 勤 → (週 日勤務) ・ 非常勤 → (正社員が週 5 日勤務のうち、対象者が週 3 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 8 時間勤務のうち、対象者が1日 3 時間勤務)			
④	賃 金 (諸手当・通勤費補助を除く)	・ 月 額 → (円) ・ 日 額 → (円) ・ 時 給 → (900 円)			
	諸 手 当	・ あり → 月 額 (5,000 円) 日 額 (円) ・ なし			
⑤	通 勤 費 補 助	・ あり → 月 額 (円) 日 額 (400 円) ・ なし			
	賞 与	・ あり → (年 2 回支給 : 約 30,000 円/年) ・ なし			
⑥	健 康 保 険	・ 加 入 ・ 非 加 入 → (非加入理由: 所定労働時間が基準に満たないため)			

上記の通り相違ないことを証明します。

⑦ ○○○○年○○月○○日

事業所所在地	○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○
事業所名称	株式会社 ○ ○ ○ ○ ○
事業主氏名	○ ○ ○ ○
連絡先電話	000 (000) 0000
担 当 者	○ ○ ○ ○



次のような場合に、この証明願をご使用ください。

被扶養者として申請する方(以下、申請対象者)にパート・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。
 原則として給与明細の写し直近3か月分の提出が必要ですが、就労開始や就労形態変更直後で、給与明細を提出できない場合、申請対象者の勤務先からこの証明を受けることで、給与明細の代用とすることができます。

- ◆注意事項**
- 太枠線内を正確に記入してください。
 - 必ず、申請対象者が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か月分の給与明細書の写しを提出できる場合は、本証明願は不要です。
- ◆記入要領(記入例の番号と照合してください)**
- ①【日付】
申請対象者の勤務先に証明を依頼する日を記入してください。
 - ②【申請者】【対象者氏名】
申請対象者の氏名を記入してください。
 - ③【就労状況等】(※以下③～⑦は勤務している会社の証明者が記入)
申請対象者の就労状況等について記入してください。
 - ④【賃金】
賃金は月額・日額・時給のいずれかの欄へ必ず記入してください。
(諸手当・通勤費補助は⑤欄へ記入してください)
 - ⑤【諸手当等】※非課税の手当等も収入に含まめますので全て記入してください。
④の賃金以外に支払われている手当等がある場合、各欄に記入してください。
例) 諸手当・・・家族手当、住宅手当など
 - ⑥【健康保険】
勤務先の健康保険に加入している場合は被扶養者として申請することができませんのでご注意ください。
非加入の場合はその理由を必ず記入してください。
 - ⑦【勤務先証明印等】
証明日・申請対象者の勤務先の所在地・名称・代表者・連絡先・担当者名をご記入の上事業主印を押印してください。
(内容に不明な点がある場合、日立健康保険組合より直接お問い合わせさせていただく場合があります)