

雇用契約状況証明書

この証明は健康保険の扶養家族として加入するために必要なものです。

労働者	氏名		生年月日	昭・平・令	年	月	日				
	契約期間	年	月	日	～	年	月	日	契約更新	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無
	勤務時間	時	分	～	時	分	(休憩分)	1週	時間		
	勤務日数	<input type="checkbox"/> 1週あたり	<input type="checkbox"/> 1ヵ月あたり	/	日						
	給与	<input type="checkbox"/> 時給	<input type="checkbox"/> 日給	/	円	雇用保険	<input type="checkbox"/> 加入	<input type="checkbox"/> 未加入			

※ 前年分、当年分の、支給実績と今後の見込を記入してください。

※ 休職中などにより支給のない月があった場合は、ゼロや斜線を記入してください。

	年 実績 ・ 見込				年 実績 ・ 見込			
	日数	課税支給額	交通費	総支給額	日数	課税支給額	交通費	総支給額
1月	日			円	日			円
2月	日			円	日			円
3月	日			円	日			円
4月	日			円	日			円
5月	日			円	日			円
6月	日			円	日			円
7月	日			円	日			円
8月	日			円	日			円
9月	日			円	日			円
10月	日			円	日			円
11月	日			円	日			円
12月	日			円	日			円
賞与				円	賞与			円
合計				円	合計			円

- 前年度と大幅に異なる場合、その理由に○をしてください。その他の場合は理由を記入してください。
 1. 勤務日数、勤務時間が減少し、社会保険を喪失した為 (社会保険資格喪失日 : 令和 年 月 日)
 2. その他 (理由 :)
- 1週間の労働時間及び1月間の所定労働日数が同種の業務に従事する社員の4分の3以上の場合、または、4分の3未満であっても、一定の要件に該当する場合は健康保険被保険者として取り扱われます。健康保険被保険者として該当しない場合は理由を記入してください。

.....

.....

.....

上記の通り証明いたします。 令和 年 月 日

所在地
事業所名
代表者名



本書面および添付書類に記載された内容や申請において知り得た個人の情報について、他の目的のために利用したり第三者に提供することはありません。