

雇用証明書

氏名		生年月日	昭・平 年 月 日
住所			
以下の欄は、事業所で記入及び証明くださるようお願いいたします。			
1. 雇用（開始・変更）年月日		平成 年 月 日	
<small>※ 「開始」又は「変更」（賃金や勤務日数を変更した場合）に○をしてください。</small>			
2. 雇用契約賃金 （雇用契約に基づく標準的な基本支給額を御記入ください。）			
① 賃金支払方法	時給	_____ 円 × _____ 時間 (1日の平均的な勤務時間) × _____ 日 (1か月の平均的な勤務日数) = _____ 円	
	日給	_____ 円 × _____ 日 (1か月の平均的な勤務日数) = _____ 円	
	月給	(基本給) _____ 円	
	その他	_____ 円	
② その他の手当 （通勤手当等）		月額	円
③ 賞与 （年間支給見込額）		年額	円
年間支給総額の推計 [(①+②) × 12 + ③]		円	
3. 社会保険の適用		有・無	4. 雇用保険の適用
		有・無	有・無
5. 最近1年間の給与		給与支払方法 1. 当月払い 2. 翌月払い	※ 各支払月の総支給額（通勤手当を含み、各種控除前）を記載してください。
年 月 支払	円	年 月 支払	円
年 月 支払	円	年 月 支払	円
年 月 支払	円	年 月 支払	円
年 月 支払	円	年 月 支払	円
年 月 支払	円	賞与 年 月	円
年 月 支払	円	支給対象月： 年 月から 年 月	
年 月 支払	円	賞与 年 月	円
年 月 支払	円	支給対象月： 年 月から 年 月	
上記のとおり相違ないことを証明します。			
平成 年 月 日			
住所			
(証明者) 会社名			
電話番号 () -			
代表者名 [印]			

※ 証明者（事業主）の方へのお願い

この証明書は健康保険の被扶養者の資格確認に必要な書類ですので、御多忙のところ御手数をおかけいたしますが、各項目もれなく記入の上、できるだけ速やかに依頼者にお返しくさせていただきますようお願い申し上げます。