

殿

証 明 願

健康保険被扶養者認定申請に必要ですので、下記に(被扶養申請者)の
勤務・給与等について証明をお願いいたします。

(証明依頼日) 年 月 日

被保険者氏名(自署)

*枠内は勤務先にてご記入願います。(申請者記入無効)

ブルデンシャル健康保険組合 御中		勤務内容証明書			
氏名		生年月日	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> H	年 月 日	
入社年月日	<input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> R	年 月 日	下記の勤務形態 となった日付	<input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> R	年 月 日
雇用保険の 加入	<input type="checkbox"/> 加入 <input type="checkbox"/> 未加入	雇用契約期間の有無 (有の場合は、直近の契約期間)	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		
			<input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> R	年 月 日から	
	<input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> R	年 月 日まで			
勤務時間等 について	時 分から 時 分まで 実働		時間	一般労働者について	
	※シフト制の場合 1日平均		時間	実働	時間/日
	週平均 時間			実働	時間/週
	1か月平均 日			勤務実日数	日/月
※社保加入要件の確認ため、ご記入願います					
収入について	①賃金	時間給 円	日給 円	その他()	円
	②交通費(月額換算)	円			
	③年間賞与(見込み)額	円(夏季 円・冬季 円)			
	④その他手当(月額換算)	円			
	年収(①+②+③+④)を年収換算した金額				
厚生年金保険の被保険者となっている者の人数		<input type="checkbox"/> 100人以下		<input type="checkbox"/> 101人以上	
その他 (特記事項)					

上記の通り証明いたします。

年 月 日

所在地

会社名 印

電話番号

【健保使用欄】

受付日付印