

殿

証明願

扶養申請される方で、「添付書類一覧」の「勤務内容証明書」が必要な場合には、勤務先(パート・アルバイト先)に「証明願」を提出して証明を受けた後、健保組合にご提出ください。

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	健保 花子	生年月日	
入社年月日	<input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/> R 3年 4月 1日	下記の勤務形態 となった日付	
雇用保険の加入	<input type="checkbox"/> 加入 <input checked="" 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"/> H <input type="checkbox"/> R 年 月 日まで
勤務時間等 について	9時00分から 15時00分まで 実働 5.5時間 ※シフト制の場合1日平均 時間		一般労働者について 実働 8時間/日 実働 40時間/週 勤務実日数 20.5日/月 ※社保加入要件の確認ため、ご記入願います
	週平均 16.5 時間		
	1か月平均 15 日		
収入について	①賃金	時間給 900 円	日給
	②交通費(月額換算)	3,000 円	
	③年間賞与(見込み)額	20,000 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)		950,000 円( <input checked="" type="checkbox"/> 見込み・ <input type="checkbox"/> 確定)
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 checked="" type="checkbox"/> 101人以上		
その他(特記事項)	賞与は業績により変動あり。		

この枠内の中は、勤務先にて現時点における収入や勤務時間等の勤務内容を正確に証明していただき、扶養認定基準の範囲内であることを確認のうえ提出してください。  
当組合被保険者(社員本人)等が記入しないようにしてください。

通常の労働者(正職員など)の方の働き方をご記入ください。

上記の通り証明いたします。

●●●● 年 ●● 月 ●● 日

所在地 東京都豊島区△△町1-2-3

会社名 株式会社◎◎◎◎

印

電話番号 03-1234-5678

【健保使用欄】

受付日付印