（被扶養申請者勤務先）

　　　　　　　　　　　　　　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）

プ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 | □S　□H　 　　年　　　 月　　　 日 |
| 入社年月日 | □H　□R　 　 年　　 月　　 日 | 下記の勤務形態となった日付 | □H　□R　　 　年　　　 月　　　 日 |
| 雇用保険の加入 | □加入　　□未加入 | 雇用契約期間の有無（有の場合は、直近の契約期間） | □有　□無 |
| □H　□R　 　 年　 　月　　 日から□H　□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※シフト制の場合1日平均　　　　　時間 | 一般労働者について実働　　　　　　時間/日実働　　　　　　時間/週勤務実日数　　　　日/月※社保加入要件の確認ため､ご記入願います |
| 週平均　　　　　　時間 |
| 1か月平均　　　　　　日 |
| 収入について | 内　　訳 | 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）　　　　　　　　　　　　　　　　円（□見込み・□確定） |
| 厚生年金保険の被保険者となっている者の人数 | 2024年10月以降　　　 　□50人以下　　　 □51人以上　　　2024年9月まで　　　　　□100人以下　　　□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