（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 週平均　　時間 １か月平均　　日			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
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