ご担当者各位

貴社従業員様の「健康保険被扶養者の申請」にあたり下記項目について確認させて頂きたく、証明をお願いいたします。1～10全てにご記入をお願いします。該当する□には☑をお願いします。

ご不明な点等ございましたらご連絡ください。

熊本県自動車販売店健康保険組合 TEL096 (369) 4311

勤務内容証明書

熊本県自動車販売店健康保険組合 宛

令和 年 月 日

所在地

事業所名

代表者氏名

⑩

電話番号

記入担当者

下記の内容について、事実であることを証明します。

1	勤務者氏名				
2	勤務地	☐ 同上 ☐ その他(店舗名)			
3	雇用形態	☐ 正社員 ☐ 個人事業 ☐ 契約・派遣社員 ☐ パート(アルバイト)			
4	採用年月日	年 月 日			
5	雇用期間	☐ 有期雇用 年 月 日 ~ 年 月 日 (更新予定 有・無)			
		☐ 無期雇用			
6	勤務時間 ☐ (固定勤務)	☐ 月 ☐ 火 ☐ 水 ☐ 木 ☐ 金 ☐ 土 ☐ 日 ☐ 祝祭日		週合計 時間	
		1カ月の勤務日数 日			
		平日	時 分 ~ 時 分	休憩 分	
		土曜	時 分 ~ 時 分	休憩 分	
	日曜	時 分 ~ 時 分	休憩 分		
☐ (変則勤務)	☐ 週 時間(1日 時間) ☐ 月 時間(1日 時間)		1カ月の勤務日数 日		
7	給与支給実績 (直近4ヶ月)	令和 年 月分	令和 年 月分	令和 年 月分	令和 年 月分
		日分/月	日分/月	日分/月	日分/月
		支給総額 円	支給総額 円	支給総額 円	支給総額 円
	上記金額の内残業・通勤手当等 円	上記金額の内残業・通勤手当等 円	上記金額の内残業・通勤手当等 円	上記金額の内残業・通勤手当等 円	
8	年間収入見込額	(1~12月、賞与含む) 年間 円			
9	健康保険加入状況	上記勤務者は ☐ 加入 ☐ 未加入 ☐ 令和6年10月年金・健康保険法等改正(適用拡大)に伴い加入した			
10	貴事業所 について	①健康保険の適用事業所ですか ☐ はい ☐ いいえ			
		②従業員数 名 ※被保険者の人数			
		③正社員(正規従業員)についてご記入ください ※シフト制の場合も必ずご記入ください			
		1週間の所定労働時間 時間	1カ月の勤務日数 日		
	1日の労働時間 時間 分				
	時 分 ~ 時 分		休憩 分		

【ご本人記入欄 保険証番号 6 — 】