

※給与収入がある方のみご提出ください。(ない方は不要です。)
※事業主へ点線以下をご記入・ご捺印いただくようご依頼ください。

雇用証明願

下記事項について証明いただきたくお願い申し上げます。

記

1. 目的 健康保険の被扶養者認定調査に使用
2. 提出先 デサント健康保険組合
3. 証明内容 下記内容による

以上

氏名	(フリガナ)		生年月日
			昭和・平成 年 月 日
※契約内容または現在の状況をご記入ください。			
①契約期間	年 月 日 ~ 年 月 日 / <input type="checkbox"/> 期間の定めなし		
②就労内容	1日あたり所定労働時間 () 時間		
	1ヶ月あたり所定労働日数 () 日		
③給与	<input type="checkbox"/> 時給 <input type="checkbox"/> 日給 <input type="checkbox"/> 月給 () 円		
④通勤費	1ヶ月あたり () 円 (非課税分含む)		
⑤その他手当	1ヶ月あたり () 円		
⑥賞与	無・有 (年 回) 1回あたり(見込)額 約 () 円		
※今後1年間の見込額をご記入ください。(R6.7月~R7.6月)			
⑦年収額	(給与月額 + 通勤費) × 12 + 賞与 × 支払回数 = () 円		

上記のとおり相違ないことを証明します。

年 月 日

事業所所在地	
事業所名称	
事業主氏名	印
連絡先電話	() -
担当者	