|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 氏 名 |  | 生 年月 日 | T・S・H　　 年　　 月　　 日 |
| 住 所 |  |
| 以下の欄は、事業所にて記入および証明くださるようお願いします。 |
| 雇用（開始・変更）年月日※変更…給料単価や勤務時間・日数等、雇用形態の変更 | 令和　　年　　月　　日 |
| ①賃金支払方法（雇用契約に基づく標準的な１ヶ月の基本支給額をご記入ください。） |
| 時　給 | 　　　　　円×　　　　時間（１日の平均的な勤務時間）×　　　日（１ヶ月の平均的な勤務日数）＝　　　　　　　　円 |
| 日　給　 | 　　　　　円×　　　　　日（１ヶ月の平均的な勤務日数）＝　　　　　　　　円 |
| 月　給 | （基本給）　　　　　　　　円 |
| その他 | 　　　　　　　　円 |
| ②その他の手当（交通費を除く） | 月額　　　　　　　　円 |
| ③賞　与（年間支給見込額） | 年額　　　　　　　　円 |
| 年間支給総額の推計［（①＋②）×12ヵ月＋③］ | 円 |
| 社会保険の適用 | 有　・　無 |
| 雇用保険の適用 | 有　・　無 |
| 最近１年間の給与（税金等控除前のいわゆる総支給額。交通費を除く） |
| 年　　月 | 円 | 年　　月 | 円 |
| 年　　月 | 円 | 年　　月 | 円 |
| 年　　月 | 円 | 年　　月 | 円 |
| 年　　月 | 円 | 年　　月 | 円 |
| 年　　月 | 円 | 年　　月 | 円 |
| 年　　月 | 円 | 賞与　 年　 月 | 円 |
| 年　　月 | 円 | 賞与　 年　 月 | 円 |
| 上記のとおり相違ないことを証明します。令和　　年　　月　　日住所会社名（証明者）電話番号　（　　　　）　　　－代表者名　　　　　　　　　　　　 〔印〕 |

* 証明者（事業主）の方へのお願い

この証明書は健康保険の扶養の資格確認に必要な書類ですので、ご多忙のところ誠にお手数をおかけいたしますが、各項目もれなく記入の上、できるだけ速やかに依頼者にお返しくださいますようお願い申し上げます。