

提出先 全農健康保険組合

給与支払(見込)・雇用条件証明書

申請者氏名	Ⓜ	生年月日	年 月 日
-------	---	------	-------

被扶養者として認定する際の審査に必要なため、下記の事項について証明をお願い致します。

□には、いずれかに必ず✓(チェック)を入れてください。

1. <input type="checkbox"/> 雇用開始日 <input type="checkbox"/> 雇用契約変更日	雇用契約(雇用形態、賃金等)に変更があった場合は、 <u>雇用契約変更日</u> を記入下さい 令和 年 月 日			
2. 雇用期間の延長	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし			
3. 雇用形態	<input type="checkbox"/> パート <input type="checkbox"/> アルバイト <input type="checkbox"/> その他()			
4. 給与形態	<input type="checkbox"/> 時給 <input type="checkbox"/> 日給 <input type="checkbox"/> 月給 _____円			
5. 就労日数	1か月の就労日数 _____日			
6. 労働時間	1日の労働時間 _____時間 _____分			
7. 雇用保険	<input type="checkbox"/> 加入 <input type="checkbox"/> 未加入			
8. 給与	転職、または雇用契約変更後1年間の支給(見込)額をご記入ください。			
	支払年月日	いずれかに○印をつけてください	支給額(交通費含む)	賞与支払額
	年 月 日	見込・実績	円	円
	年 月 日	見込・実績	円	円
	年 月 日	見込・実績	円	円
	年 月 日	見込・実績	円	円
	年 月 日	見込・実績	円	円
	年 月 日	見込・実績	円	円
	年 月 日	見込・実績	円	円
	年 月 日	見込・実績	円	円
	年 月 日	見込・実績	円	円
	年 月 日	見込・実績	円	円
	年 月 日	見込・実績	円	円
	年 月 日	見込・実績	円	円
総支給額	円			

上記のとおり証明します。

証明日：令和 年 月 日

所在地

会社名

代表者名

Ⓜ

担当者名

担当者連絡先

(個人印は認められません)

※記載内容に不明な点がある場合は、照会させていただくことがあります。