

雇用証明書

(証明対象者)

氏名

住所

1. 雇用年月日 昭和・平成 年 月 日

雇用形態変更年月日 昭和・平成 年 月 日
(変更された方のみ)

2. 雇用保険加入の有無 有 ・ 無

3. 特定適用事業所 該当 ・ 非該当

4. 雇用形態: パート ・ アルバイト ・ 派遣 ・ その他 ()

職 種:

5. 雇用条件 (1)～(7)までの必ず全ての項目をご記入ください。

(1) 給与支払いの区分(該当に○印) 給与収入 : 事業収入 : その他 ()

(2) 申請者の所定労働時間及び日数 1日 _____ 時間 1週 _____ 時間

1か月 _____ 時間・日

(3) 事業所の一般労働者の
所定労働時間及び日数 1日 _____ 時間 1週 _____ 時間

1か月 _____ 時間・日

(4) 交通費その他額 { 非課税分 円/ 日 ・ 月
課税分 円/ 日 ・ 月

(5) 月収見込み額 円 (時間給 円)

(6) 賞与等見込み額 円

(7) 年収見込み額 円

(年収見込み額は12 カ月間勤務したと仮定しての年間見込み額を記入してください。)

上記の者は当社に勤務し、以上の記述は事実と相違ないことを証明する。

平成 年 月 日

会社名

代表者名

印

所在地

TEL () -

.....
(中部アイティ産業健康保険 被保険者 記号・番号 - 氏名)