

雇用証明書

①雇用開始年月日	令和 ○年 ○月 ○日	②該当者氏名	共 済 花 子				
③健康保険適用の有無	<input checked="" type="radio"/> 有・ <input type="radio"/> 無	健康保険適用「有」の場合(適用開始年月日)	令和	年	月	日	
④賃金算定方法	月給		日給・時間給・その他()				
	円	平日	900	円	平日深夜等	1,170	円
		土・日	1,000	円	土・日深夜等	1,300	円
⑤勤務形態	1か月の勤務日数		1日の勤務時間				
	平日	10	日	平日	17時0分～22時0分	実働	4時間30分
	平日深夜等	2	日	平日深夜等	22時0分～24時0分	実働	2時間0分
	土・日	0	日	土・日	時 分～時 分	実働	時間 分
⑥諸手当の支給 (通勤手当・賞与等)	<input checked="" type="radio"/> 有・ <input type="radio"/> 無	種類			月額・日額	円	
		種類			月額・日額	円	
⑦退職日・雇用条件変更日	令和	年	月	日	<input checked="" type="radio"/> 退職・ <input type="radio"/> 雇用条件変更日		
⑧特殊な勤務条件 及び雇用期間等							
事業所署名・押印							
上記のとおり、証明いたします。		住 所	茨城県水戸市笠原町〇〇〇				
令和 ○年 ○月 ○日		事業所名	〇〇株式会社		<div style="border: 2px solid red; width: 40px; height: 40px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;">印</div>		
		代表者氏名	〇〇〇〇				
		電話番号	〇〇〇 - 〇〇〇 - 〇〇〇〇				

【事業主様へ】雇用証明の記入等について

雇用証明は、該当者(組合員の被扶養者)が当組合の被扶養者資格を有するか否かの判断に必要な書類です。漏れがないよう正確にご記入くださいますようお願いいたします。

- 雇用開始年月日は、雇用を開始した日を記入してください。
- 該当者の氏名を記入してください。
- 健康保険適用の有無に○を付してください。「有」の場合、適用開始年月日を記入してください。
- 賃金算定方法は、月給、日給、時間給、その他のいずれかに○を付し金額を記入してください。
平日と土日、または深夜等それぞれの金額を記入してください。
- 勤務形態は、1か月の勤務日数、1日の勤務時間を記入してください。
平日と土日、または深夜等それぞれの勤務日数、勤務時間を記入してください。

※ 1か月の勤務日数が月によって異なる場合

(例1) 10日～15日と記載された場合、当組合では最大の15日勤務しているとみなします。

(例2) シフト制と記載された場合、当組合では20日勤務しているとみなします。

- 諸手当の支給の有無、支給している手当について種類と金額を記入してください。

(例) 有・無 種類 通勤手当 月額・日額 3,000円

- 退職日・雇用条件変更日は、退職または雇用条件を変更した場合に記入してください。

- 特殊な勤務条件及び雇用期間等は、勤務条件の変更や雇用期間が定められているなど、特別な条件がある場合は記入してください。