

就労証明願

下記の内容について証明願います。

- 1.目的 村田製作所健康保険組合の被扶養者認定申請のため
- 2.提出先 村田製作所健康保険組合
- 3.証明内容 下記の「就労状況証明書」のとおり

以上

就労状況証明書

対象者氏名	フリガナ	契約変更日 (又は入社日)	年 月 日
契約期間	<input type="checkbox"/> 期間の定め なし → (年 月 日 から雇用)		
	<input type="checkbox"/> 期間の定め あり → (年 月 日 から 年 月 日 まで)		
	(期間定めありの場合) 契約更新予定	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
勤務形態	<input type="checkbox"/> 常 勤 → (週 日勤務)		
	<input type="checkbox"/> 非常勤 → (正社員が週 日勤務のうち、対象者が週 日勤務)		
勤務時間	<input type="checkbox"/> フルタイム → (1日 時間勤務)		
	<input type="checkbox"/> パートタイム → (正社員が1日 時間勤務のうち、対象者が1日 時間勤務)		
※時短勤務等の場合は 実態を記入	時間外勤務 の有無	<input type="checkbox"/> あり → (月 時間) <input type="checkbox"/> なし	
賃金	基本賃金	<input type="checkbox"/> あり → { <input type="checkbox"/> 月額 → (円) <input type="checkbox"/> 日額 → (円) <input type="checkbox"/> 時給 → (円)	
	諸手当	<input type="checkbox"/> あり → { <input type="checkbox"/> 月額 → (円) <input type="checkbox"/> 日額 → (円) <input type="checkbox"/> 時給 → (円)	
	交通費補助	<input type="checkbox"/> あり → { <input type="checkbox"/> 月額 → (円) <input type="checkbox"/> 日額 → (円)	
	賞与	<input type="checkbox"/> あり → (年額 円) <input type="checkbox"/> なし (見込 ・ 実績)	
雇用保険	<input type="checkbox"/> 加入 <input type="checkbox"/> 非加入 → (非加入理由:)		
健康保険 厚生年金	<input type="checkbox"/> 加入 <input type="checkbox"/> 非加入 → (非加入理由:)		

上記のとおり相違ないことを証明します。

令和 年 月 日

※漏れの無いようにご注意ください

※発行日・事業主名称・事業主印のないものは無効

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