

就労証明願

下記の通り、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	雇用形態	<input type="checkbox"/> 正社員
			<input type="checkbox"/> パート・アルバイト
契約変更日 (又は入社日)	年 月 日		<input type="checkbox"/> その他 ()
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)		
	時間外勤務 の有無	<input type="checkbox"/> あり → (月 時間) <input type="checkbox"/> なし	
基本給	<input type="checkbox"/> あり → <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 月額 → (円)	
		<input type="checkbox"/> 日額 → (円)	
諸手当	<input type="checkbox"/> あり → <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 月額 → (円)	
		<input type="checkbox"/> 日額 → (円)	
交通費補助	<input type="checkbox"/> あり → <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 月額 → (円)	
		<input type="checkbox"/> 日額 → (円)	
賞与	<input type="checkbox"/> あり → (年 回支給 : 約 円/年) <input type="checkbox"/> なし		
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

※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