

労働条件証明書
(健康保険被扶養者認定用)

氏名		生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	年 月 日
住所				
雇用形態	<input type="checkbox"/> 正社員 <input type="checkbox"/> 契約社員 <input type="checkbox"/> パートタイマー <input type="checkbox"/> アルバイト <input type="checkbox"/> その他 ()			
採用年月日	令和	年	月	日
契約変更日	令和	年	月	日 ※契約内容が変わった場合に記入してください。
契約期間		年	月	日 ~ 年 月 日
契約更新	<input type="checkbox"/> 自動更新 <input type="checkbox"/> 更新する場合がある <input type="checkbox"/> 更新しない			
従事すべき業務の内容				
勤務時間	所定労働時間		時間/日	時間/週
	所定労働日数		日/週	日/月
	時間外労働	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	約	時間/月
賃金	賃金形態	月給		円
		日給		円
		時給		円
	諸手当	通勤	手当	円/□日 □月 ※日額または月額 いずれかを選択
			手当	円/月
			手当	円/月
			手当	円/月
	給与支払日	毎月	日締	<input type="checkbox"/> 当月 <input type="checkbox"/> 翌月 日支払
賞与	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	年	回	円/年 (見込額)
雇用保険	<input type="checkbox"/> 加入 <input type="checkbox"/> 非加入 (非加入の理由:)			
健康保険	<input type="checkbox"/> 加入 <input type="checkbox"/> 非加入 (非加入の理由:)			

上記の労働条件にて、当事業所において勤務していることを証明します。

令和 年 月 日

事業所所在地

事業所名称

代表者名

印

電話番号