

労働条件証明書
(健康保険被扶養者資格確認調査用)

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
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	<input type="checkbox"/> 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