

労働条件証明書
(健康保険被扶養者資格確認調査用)

氏名	光学 花子	生年月日	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 45年 6月 23日
住所	東京都新宿区西新宿1234		
雇用形態	<input type="checkbox"/> 正社員 <input type="checkbox"/> 契約社員 <input checked="" 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 2年 4月 1日		
契約変更日	令和 8年 4月 1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	令和 8年 4月 1日 ~ 令和 9年 3月 31日		
契約更新	<input checked="" 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	〇〇に関する事務業務		
勤務時間	所定労働時間 8時間/日 16時間/週 所定労働日数 2日/週 8日/月 時間外労働 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 約 1時間/月		
賃金	賃金形態 月給 _____ 円 日給 _____ 円 時給 1,200 円 諸手当 通勤 手当 1,300 円/□日 <input checked="" type="checkbox"/> 月 ※日額または月額 いずれかを選択 _____ 円/月 _____ 円/月 _____ 円/月 給与支払日 毎月 末 日締 <input type="checkbox"/> 当月 <input checked="" type="checkbox"/> 翌月 25 日支払		
賞与	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 年 回 _____ 円/年 (見込額)		
雇用保険	<input type="checkbox"/> 加入 <input checked="" type="checkbox"/> 非加入 (非加入の理由: 週20時間未満により加入要件を満たさないため)		
健康保険	<input type="checkbox"/> 加入 <input checked="" type="checkbox"/> 非加入 (非加入の理由: 週所定労働時間・月所定労働日数が加入基準に満たないため)		

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 8年 7月 11日

事業所所在地 東京都〇〇区〇〇5678

事業所名称 〇〇株式会社

代表者名 健保太郎

印

電話番号 00-0000-0000