

事業主 殿

今般、ジェイテクト健康保険組合へ被扶養者の認定申請に必要なため、下記について証明をお願いいたします。

依頼人 (認定対象者)	住所					
	氏名	Ⓜ	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	年	月

ジェイテクト健康保険組合 理事長 宛

証明日以前の内容を証明してください。(未来の内容は無効)

勤務状況(変更)証明書

事業所に ついて	★ 特定適用事業所(短時間労働者に対する社会保険適用事業所)で	あ	る	・	な	い
	健康保険法の 適用事業所で	あ	る	・	な	い
依頼 人に ついて	氏名					
	勤務開始日	昭和・平成・令和	年	月	日	
	雇用形態 変更日	平成・令和	年	月	日	*雇用形態を変更された方のみご記入ください
	雇用形態	パート・アルバイト・その他()				
		< 雇用形態期間 ⇒ 平成・令和 年 月 日まで >				
	勤務日数	1ヶ月	日	(1ヶ月平均として)		
	勤務時間	1日	時間	< 午前・午後 時 分 ~ 午前・午後 時 分まで >		
		1週間	時間	(1週間での合計勤務時間)		
	賃金	時間給	円			
		月給	円			
(証明日から1年間の) 年間収入(見込み)額		円	(賞与 : 有・無)			
社会保険	加入 (健康保険・厚生年金・雇用保険) ・未加入 *該当するすべてに○印を付けてください					

一般社員の勤務形態について記入してください。

勤務日数	1ヶ月	日	(1ヶ月平均として)		
勤務時間	1日	時間	< 午前・午後 時 分 ~ 午前・午後 時 分まで >		
	1週間	時間	(1週間での合計勤務時間)		

依頼人は、当事業所に勤務しており、証明日現在上記の勤務状況であることを証明します。

(証明日) 令和 年 月 日

(事業所住所)

(事業所名称)

(事業主氏名)

Ⓜ

(電話番号)

ご記入にご協力いただきありがとうございました。

ジェイテクト健康保険組合