

雇用内容・給与支払(見込み)証明書

日本無線健康保険組合 御中

対象者の雇用内容・給与支払(見込み)額について、下記のとおりであることを証明いたします。

対象者氏名	健保 花子
生年月日	昭和・平成 ☒ 年 ☒ 月 ☒ 日

1. 雇用内容

雇用開始(変更)日	令和 ☒ 年 ☒ 月 ☒ 日
雇用終了(予定)日(未定の場合は記入不要)	令和 年 月 日
時給	1,000円
1日の勤務時間	4時間
1か月の勤務日数	12日
1日の交通費	520円
賞与の有無と金額	☒ 無 ・ 有 (円/年) 総支給額を記入
その他手当金の有無と手当金名/金額	無 ☒ 有(資格手当 / 30,000円/年) 総支給額を記入
健康保険加入の有無	☒ 無 ・ 有
雇用保険加入の有無	無 ・ ☒ 有

2. 給与支払(見込み)額 ※①交通費等含む総支払額を実際の勤務月で記入

②直近3か月分もしくは1年分を必要に応じて記入

令和 ☒ 年

(被扶養者異動届に添付する場合は3か月分)

1月分	円	2月分	円	3月分	円
4月分	54,240円	5月分	54,240円	6月分	56,240円
7月分	円	8月分	円	9月分	円
10月分	円	11月分	円	12月分	円

※ 月分 ~ 月分 は支払見込み額 (見込み額を記入した場合はご記入ください)

令和 ☒ 年 ☒ 月 ☒ 日

事業所住所

申請する被扶養者が

事業所名

勤務している

事業主名

事業主の証明



(勤務先から証明をもらってください。)