

雇用契約に関する証明書
(検認用)

所属機関名	組 合 員 氏 名							
	組 合 員 番 号							

氏 名		性 別		
		生年月日	(歳)	
勤 務 を 始 め た 日				
健 康 保 険 制 度 の 加 入 状 況	勤務先での健康保険加入	有 ・ 無	資格取得日	
	保 険 者 名 称			
雇 用 契 約 の 期 間	年 月 日 ～ 年 月 日			
雇 用 契 約 の 期 間 中 に 見 込 ま れ る 賃 金 総 額	円			

給与支払額の内訳

給与支給日	支払額(交通費込)	ボーナス	合計(交通費込)	備考
年 8 月 日				
年 9 月 日				
年 10 月 日				
年 11 月 日				
年 12 月 日				
年 1 月 日				
年 2 月 日				
年 3 月 日				
年 4 月 日				
年 5 月 日				
年 6 月 日				
年 7 月 日				
計				
賃金の支給形態・金額	時給・日給・月給・その他() 円			
一日当たりの勤務時間	有 ・ 無	時間(AM・PM : ~AM・PM :)		
	(契約の有無)			
一ヶ月当たりの勤務日数	有 ・ 無	一ヶ月当たり 日		
	(契約の有無)			
交 通 費 の 有 無	有 (月額・日額) 円 ・ 無			
上記のとおり証明します。 年 月 日 事業所名 所在地 代表者名 電話番号				

印

【記入例】

被扶養者の勤務先にて証明を受けてください。

雇用契約に関する証明書 (検認用)

所属機関名	組 合 員 氏 名							
	組 合 員 番 号							
〇〇市	共済 太郎							
	0	0	1	2	3	4	5	6

氏 名	共済 花子	性 別	女
		生年月日	平成〇年〇月〇日 (〇 歳)
勤 務 を 始 め た 日	令和〇年〇月〇日		
健 康 保 険 制 度 の 加 入 状 況	勤務先 保 険	該当するものに〇 有の場合は資格取得日と保険者名称を記入	
雇 用 契 約 の 期 間	〇 年 〇 月 〇 日		
雇 用 契 約 の 期 間 中 に 見 込 ま れ る 賃 金 総 額	1年更新等の雇用契約期間がある場合に記入 不明の場合は記入不要		

給与支払額の内訳

給与支給日	支払額(交通費込)	ボーナス	合計(交通費込)	備考
年 8 月 日				
年 9 月 日				
年 10 月 日				
年 11 月 日				
年 12 月 日				
年 1 月 日				
年 2 月 日				
年 3 月 日				
年 4 月 日				
年 5 月 日				
年 6 月 日				
年 7 月 日				
計	その他 で金額が不明の場合は未記入でもよい			
賃金の支給形態・金額	時給・日給・月給・その他()			円
一日当たりの勤務時間	有・無 (契約の有無)	時間(AM・PM : ~AM・PM ;)		
一ヶ月当たりの勤務日数	有・無 (契約の有無)	一ヶ月当たり 日		
交 通 費 の 有 無	有 (月額・日額) 円 ・ 無			
上記のとおり証明します。 年 月 日				
事業所名		勤務先の証明 (印)		
所在地				
代表者名				
電話番号				