

事業主の方へ

健康保険の扶養手続きを行うための書類ですので、雇用契約に基づいてすべての項目に記入願います。

## 雇用証明書

- 職員氏名 \_\_\_\_\_
- 現在の雇用条件の開始日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 (当初雇用開始日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日)
- 賃金の計算方法  
(1) 時間給 ( \_\_\_\_\_ 円) ・ 日給 ( \_\_\_\_\_ 円) ・ 月額 ( \_\_\_\_\_ 円)  
(2) 諸手当の有無 有 ・ 無 種類 ( \_\_\_\_\_ ) 月額/日額 ( \_\_\_\_\_ 円)  
(3) 賞与の有無 有 ・ 無 種類 ( \_\_\_\_\_ ) 年額 ( \_\_\_\_\_ 円)
- 勤務形態  
(1) 一日の勤務時間 \_\_\_\_\_ 時 \_\_\_\_\_ 分 ~ \_\_\_\_\_ 時 \_\_\_\_\_ 分まで \_\_\_\_\_ 時間 (休憩除く)  
⇒ 1日(週)の勤務時間が変動する場合: 1か月平均労働時間 ( \_\_\_\_\_ ) 時間 ( \_\_\_\_\_ ) 分 (休憩除く)  
(2) 一ヶ月の勤務日数 約 \_\_\_\_\_ 日 (通常勤務する日数)
- 年間収入推計額 (給料・各種手当・賞与等を含む)  
[ \_\_\_\_\_ ]円 (雇用契約上の年間支給見込み額をわかる範囲でご記入ください。)
- 特記事項(上記1~5の契約事項以外の取り決め等があればご記入ください。)  
( \_\_\_\_\_ )
- 社会保険、雇用保険加入の有無  
・ 社会保険加入 ( 有 ・ 無 ) ・ 雇用保険加入 ( 有 ・ 無 )
- 賃金(給与、報酬等)支払状況 (手当等を含めた総支払金額を記入してください。)

\*右の「支払金額」は支払った月の賃金額等ではなく、勤務月に係る賃金額等を記載してください。

支払対象年月	支払金額(賃金等)	支払金額(賞与等)
令和 _____ 年 _____ 月分	_____ 円	_____ 円
令和 _____ 年 _____ 月分	_____ 円	_____ 円
令和 _____ 年 _____ 月分	_____ 円	_____ 円
令和 _____ 年 _____ 月分	_____ 円	_____ 円
令和 _____ 年 _____ 月分	_____ 円	_____ 円
令和 _____ 年 _____ 月分	_____ 円	_____ 円
令和 _____ 年 _____ 月分	_____ 円	_____ 円
令和 _____ 年 _____ 月分	_____ 円	_____ 円
令和 _____ 年 _____ 月分	_____ 円	_____ 円
令和 _____ 年 _____ 月分	_____ 円	_____ 円
令和 _____ 年 _____ 月分	_____ 円	_____ 円

上記のとおり証明します。

令和 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

住 所  
事業所名  
代表者名

担当者名 (連絡先)

電話番号

※共済組合が、証明内容について、直接事業所へ照会させていただく場合がありますので、予めご了承ください。

記入内容等でご不明な点がございましたら、下記にお問い合わせください。

鳥取県市町村職員共済組合 保険課 Tel0857-26-2343