

ご担当者各位

御社従業員様の「健康保険被扶養者の申請」にあたり下記項目について確認させていただきたく、
証明をお願い致します。

三菱自動車健康保険組合

令和 年 月 日

雇用内容証明書

三菱自動車健康保険組合 御中

雇用者 (所在地)
(会社名)

(代表者名)
(電話番号)
(担当者)

印

被雇用者 (氏名)
(生年月日) 昭和・平成・令和 年 月 日生

下記内容にて雇用していることを証明します。

記

[証明内容]

1. 雇用契約日	雇用開始日:平成・令和 年 月 日 ※雇用契約の変更がある場合は契約変更日を記入 契約変更日:平成・令和 年 月 日 ※1年未満の有期契約の場合は契約開始日と終了日を記入 契約期間 平成・令和 年 月 日 から 平成・令和 年 月 日 まで 契約更新の有無 (あり・なし)	
2. 雇用形態 [該当するものを選んでください。]	<input type="checkbox"/> 正社員 <input type="checkbox"/> パート(フルタイムの4分の3 → <input type="checkbox"/> 以上 <input type="checkbox"/> 未満) <input type="checkbox"/> 契約社員 <input type="checkbox"/> アルバイト <input type="checkbox"/> その他(具体的に)	
3. 契約内容	1日の労働時間	時間 分
	勤務日	①(日間勤務/週) 休日 <input type="checkbox"/> 土曜・ <input type="checkbox"/> 日曜・ <input type="checkbox"/> 祝日・ <input type="checkbox"/> (曜) ②その他(具体的に)
	給与・賞与等	<input type="checkbox"/> 月 給(円/月) <input type="checkbox"/> 日 給(円/日) <input type="checkbox"/> 時 給(円/時間) <input type="checkbox"/> その他()(円/) <input type="checkbox"/> 賞 与(円/年) *複数回支給される場合は合計金額
4. 収入見込額 (月額及び年間)	平均月額 円/月	年間見込(雇用契約の変更がある場合は契約変更日以降1年間の見込み額) 円位/年 (うち賞与 円)
5. 直近3ヶ月の給与支払額 (税引き前の各種手当・通勤費を含む) [支払実績のない場合は記入不要]	令和 年 月 支払額 円 令和 年 月 支払額 円 令和 年 月 支払額 円	
6. 給与締日と支払日	毎月 日締め	日支払い
7. 社会保険及び雇用保険	厚生年金保険に加入 (<input type="checkbox"/> している・ <input type="checkbox"/> してない) 健康保険に加入 (<input type="checkbox"/> している・ <input type="checkbox"/> してない) 雇用保険に加入 (<input type="checkbox"/> している・ <input type="checkbox"/> してない)	

以上

※証明内容1.雇用契約日において、契約変更日を記入した場合は契約変更日以降の状況を記入方
20190625