

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 〔契約変更日を記入した場合は契約変更日以降の雇用内容を記入してください〕	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
5. 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)
6. 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	
7. 給与締日と支払日	毎月 日締め	日支払い
8. 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"/> していない) 健康保険に加入 (<input type="checkbox"/> している・ <input type="checkbox"/> していない) 雇用保険に加入 (<input type="checkbox"/> している・ <input type="checkbox"/> していない)	

以上

※ 雇用者が個人事業主の場合は役職名及び氏名を 代表者名 欄に記載のうえ押印してください。

20220401