日野自動車健康保険組合 御中

※勤務先にて記入をお願いします。
※第3者の追記があった場合無効となります。

勤務内容証明書

氏　名					生年月日	昭和 平成　　年　　月　　日
入社日　又は 労働条件変更日		□ 入社日　□ 労働条件変更日 S・H・R　　年　　月　　日	社会保険 加入状況	健康保険（ 加入・未加入 ）・雇用保険（ 加入・未加入 ）		
収入	賃金	□ 時間給 □ 日給 □ 月給 円	月平均 勤務日数	日/月	日平均 勤務時間	時間　　分/日
			その他 留意事項			
	通勤手当	□ なし　□ あり（　　円/月）				
	賞与	□ なし　□ あり（　　円/年）※直近1年間の合計				
	その他	手当の名称（　　）（　　円/年）				
	備考					

◆休業（産休含）の場合、下記も証明願います

休業期間		□産前産後　年　月　日　～　年　月　日
		□育児　年　月　日　～　年　月　日
		□その他　年　月　日　～　年　月　日
収入（見込）	賃金	□ なし　□ あり　（　　円/月）
	賞与	□ なし　□ あり　（　　円/年）
	その他	

証明日：令和　　年　　月　　日

事業所住所

事業所名称

事業主氏名　　印

電話番号

証明書作成者名

問い合わせ先
日野自動車健康保険組合　TEL：042-586-5941　適用担当まで
（令和6年11月改訂）