

※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		健保 花子		生年月日		昭和 平成 4年 12月 19 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 2年 6月 1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 } 1,100 円		月平均 勤務日数	15 日/月		
				日平均 勤務時間	5 時間 30分/日		
			その他 留意事項	2月～3月は繁忙期(閑散期)の為、8時間(2時間) 勤務			
	通勤手当	☐ なし ☒ あり (1,000 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 (資格手当) (12,000 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 6年 11月 1日

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)

事業所住所 東京都立川市●●町1丁目2-3

事業所名称 ●●商店

事業主氏名 健保 康夫

電話番号 0123-45-6789

証明書作成者名 健保 康子

