

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		昭和 平成 令和	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	<input type="checkbox"/> 時間給 <input type="checkbox"/> 日給 <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（		円/月）					
	賞与	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 産前産後	年	月	日	～	年	月	日
	<input type="checkbox"/> 育児	年	月	日	～	年	月	日
	<input type="checkbox"/> その他	年	月	日	～	年	月	日
収入 (見込)	賃金	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（	円/月）					
	賞与	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 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5年3月改訂)