

# 就労状況証明書

JFE健康保険組合被扶養者の申請に必要なため、下記に証明をお願いいたします。

申請者氏名：

\_\_\_\_\_

1	入社年月日	年 月 日 入社
2	契約変更日	年 月 日 より契約変更 ※雇用継続中に契約内容を変更した場合記入ください。
3	契約期間	<input type="checkbox"/> 有 → 「有」の場合は期間を記入 <input type="checkbox"/> 無 契約期間 年 月 日 ~ 年 月 日
4	労働時間	_____ 時間/日 _____ 時間/週
5	1か月の労働日数	_____ 日/月
6	賃金形態	<input type="checkbox"/> 時給 _____ 円/H } 該当するものに☑をいれ、 <input type="checkbox"/> 日給 _____ 円/日 } 金額をご記入ください。 <input type="checkbox"/> 月給 _____ 円/月
7	交通費	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 1か月 } どちらかに☑をいれ、金額を記入してください。 <input type="checkbox"/> 1日 } _____ 円 <input type="checkbox"/> 無
8	賞与	<input type="checkbox"/> 有 年 _____ 回支給 _____ 円/年 <input type="checkbox"/> 無
9	その他手当	_____ 円/月 (例:住宅手当、家族手当など)

10	1ヶ月の労働時間が通常勤務者の3/4	<input type="checkbox"/> 未満 <input type="checkbox"/> 以上
11	特定適用事業所に該当	<input type="checkbox"/> します。 → 短時間労働者に該当 <input type="checkbox"/> します。 <input type="checkbox"/> しません。 <input type="checkbox"/> しません。 ※特定適用事業所とは 同一事業主(法人番号が同一)の適用事業所の被保険者数の合計が、1年間に6か月以上、501人以上になることが見込まれる事業所が該当します。 また、労使合意等により社会保険が適用される短時間労働者の雇用が可能となる事業所もあります。
12	社会保険の加入	健康保険 加入 厚生年金 加入 雇用保険 加入 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
13	健康保険加入資格を満たしているが、加入できない理由	上記10「以上」または、上記11「短時間労働者に該当します」であり、かつ上記12「健康保険加入 無」の場合、理由をご記入ください。

上記のとおり、相違ないことを証明いたします。	
_____ 年 月 日	
事業所所在地	_____
事業所名称	_____ (印)
連絡先電話	_____
ご担当者氏名	_____

※ 当帳票の内容については、健康保険業務以外には使用しません。