

勤務証明書

2023.12.1改訂版

現住所		
氏名		
生年月日		年 月 日
勤務状況	入社年月日	年 月 日
	契約変更年月日 (雇用契約内容に変更があった場合)	年 月 日
	一日あたりの時間	時間／日
	一週間あたりの時間	時間／週
	一ヶ月あたりの労働日数	日／月
給与	時給	円
	手当 ※交通費手当等	有 (円《月額》) 無
	賞与	有 (年 回, 円《年額》) 無
	年収 (見込み) ※手当・賞与含む	円
健康保険加入状況		加入 ・ 未加入

上記事項について相違ないことを証明いたします。

年 月 日

所在地

事業所名

代表者名

電話番号



※事業主様へのお願い

この証明書は、健康保険の被扶養者認定に使用し、他の転用はいたしません。

本人からの申し出がありましたら、ご協力をお願い致します。

大塚製薬健康保険組合