

# 就 労 証 明 書

令和 年 月 日

SG ホールディングスグループ健康保険組合 宛

所在地 \_\_\_\_\_

会社名 \_\_\_\_\_ (印)

電話番号 \_\_\_\_\_

担当者名 \_\_\_\_\_

次の事項について事実と相違ないことを証明します。

就労者氏名			生年月日	昭和・平成 年 月 日生
雇用開始日	平成・令和 年 月 日	雇用契約期間有り 雇用契約期間(直近)	平成・令和 年 月 日から	
			平成・令和 年 月 日まで	
雇用形態	正社員 非常勤 派遣 パート アルバイト 内職 その他( )			
※健康保険 について	① 加入無し			
	② 加入有り	平成・令和 年 月 日取得		
	③ 加入予定	平成・令和 年 月 日取得予定		
雇用保険 について	加入無し	加入有り		
勤務時間	午前・午後 時 分 ~	午前・午後 時 分	時間	
休憩時間	午前・午後 時 分 ~	午前・午後 時 分	時間	
勤務時間	1日 時間	週平均 時間	月平均 時間	
勤務日数	1ヶ月平均 日間			
給与に ついて	時間給 円	日給 円	月額平均給与(交通費を含めた額) 円	
賞与に ついて	夏期賞与 円			
	冬期賞与 円			
その他 留意事項				

【証明についてお願い】

証明依頼元 SGホールディングスグループ健康保険組合 TEL075-343-6570

この書類は当組合健康保険手続上、必要な証明です。

お手数ですが、貴事業所様にて記入等の証明をお願いいたします。

※印の項目につきましては、該当する番号に○印をつけたうえで必要事項を記入してください。

証明書につきましては、目的以外に使用する事は一切ありません。