

※給与収入がある方のみご提出ください。(ない方は不要です。)
※事業主へ点線以下をご記入・ご捺印いただくようご依頼ください。

雇 用 証 明 願

下記事項について証明いただきたくお願い申し上げます。

記

- 1. 目 的 健康保険の被扶養者認定調査に使用
- 2. 提 出 先 デサント健康保険組合
- 3. 証明内容 下記内容による

以 上

氏 名	(フリガナ)		生年月日
			昭和・平成 年 月 日
※契約内容または現在の状況をご記入ください。			
①契約期間	年 月 日 ～ 年 月 日 / ☐ 期間の定めなし		
②就労内容	1日あたり所定労働時間 () 時間		
	1ヶ月あたり所定労働日数 () 日		
③給 与	☐ 時給 ☐ 日給 ☐ 月給 () 円		
④通 勤 費	1ヶ月あたり () 円 (非課税分含む)		
⑤その他手当	1ヶ月あたり () 円		
⑥賞 与	無 ・ 有 (年 回) 1回あたり(見込)額 約 () 円		
※今後1年間の見込額をご記入ください。(R7.7月～R8.6月)			
⑦年収額	(給与月額 + 通勤費) × 12 + 賞与 × 支払回数 = () 円		

上記のとおり相違ないことを証明します。
年 月 日

事業所所在地	
事業所名称	
事業主氏名	
連絡先電話	() -
担 当 者	