# 勤 務 状 況 証 明 書

〔注〕・下記枠内は、勤務者の事業主が証明してください。
・勤務日数、時間、賃金については、直近3カ月平均で（勤務実績が3カ月未満の場合は見込みで）証明してください。
・訂正等された場合は必ず事業主の訂正印を押印してください。

| 被保険者記号番号 | ― |
|---|---|

勤 務 者　住 所 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏 名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

1. 採 用 年 月 日　昭和・平成・令和　年　月　日

※証明する勤務状況になった年月日（採用年月日と異なる場合は必ず記入してください）

平成・令和　年　月　日より下記勤務形態に変更

2. 職　種 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

3. 1カ月の勤務日数　＿＿＿＿日

4. 1日の勤務時間　実働　時間　分

午前　時　分～午前　時　分
午後　時　分～午後　時　分

5. 賃　金　（該当に〇）　時間給　・　日給　・　月給

＿＿＿＿＿＿＿＿円

※通勤費の支給が　ある　・　ない

→（該当に〇）　1日当り　・　1カ月当り

＿＿＿＿＿＿＿＿円

6. 賞　与　支給が　ある　・　ない

→ 年間＿＿＿＿＿＿＿＿円

7. 年間見込み支給額　＿＿＿＿＿＿＿＿円※

（残業代・通勤費・賞与等も含めてください）

※年の途中から採用した場合は、採用後1年間（12カ月分）の見込み金額を記入してください。
勤務形態を変更した場合は、勤務形態変更後 1年間（12カ月分）の見込み金額を記入してください。

8. 左記勤務者が貴社の健康保険等の制度に加入できないときは、その理由を該当項目に〇および記入してください。（複数記入可）

1） 勤務形態が貴社の正社員の3／4未満であるため

正社員の実働
日数・・・1カ月　日
時間・・・1日　時間 または 週　時間

2） その他 （具体的に記入してください）

9. その他特記事項

上記のとおり相違ないことを証明します。　令和　年　月　日

事業所所在地

事 業 所 名

事業主氏名　㊞

電話番号　（　　）

2026.4