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※

（賞与・通勤費等も含めてください）

※途中から勤務している場合は1年間（12カ月分）の見込み金額を記入してください。
勤務形態を変更している場合は勤務形態変更後の1年間（12カ月分）の見込み金額を記入してください。

8. 1）貴社には健康保険等の制度がありますか。（該当に〇）
アに該当の場合は、2)も漏れなく記入してください。

ア. ある
（協会けんぽ / 健康保険組合 / 共済組合 等）

イ. ない

→ 2）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、
その理由を該当に〇および記入してください。

ア. 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

イ. その他（具体的に記入してください）

9. その他特記事項

事業所所在地

事 業 所 名

事業主氏名　㊞

上記のとおり相違ないことを証明します。

令和　年　月　日　TEL　（　）

2024.11