

枠内は全て申請者の勤務先にて記入してください。
※ 一箇所でも未記入が有る場合は、書類を返却させていただきます。

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。

被保険者証記号番号 **111 - 123**

勤務者 住所 **大阪府大阪市〇〇区△△2-2**

氏名 **積水 花子**

1. 採用年月日 昭和 **平成** 令和 〇〇年 2月 1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 〇年 4月 1日より下記勤務形

入社後に、勤務形態が変更になった場合は、必ず記入してください。

2. 職種 サービス業

3. 1カ月の勤務日数 16日

4. 1日の勤務時間 実働 4時間 00分
午前 10時 00分～午前 12時 00分
午後 1時 00分～午後 3時 00分

5. 賃金 (該当に〇) **時間給** ・ 日給 ・ 月給
1000 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
500 円

6. 賞与 支給が **ある** ・ ない
年間 20000 円

7. 年間見込み支給額 900000 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。

上記のとおり相違ないことを証明します。

令和 〇年 4月 5日

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 有る

サービス **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

正社員の实働 { 日数... 1カ月 **22** 日
時間... 1日 **8** 時間 または 週 **44** 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

12か月の月給 + 賞与 + 残業 + 交通費 を含んだ金額を必ず記入してください。

事業所所在地 **大阪府大阪市〇〇区△△9-9**

事業所名 **鈴木商店**

事業主氏名 **鈴木 太郎**



TEL 06(9876)5432

