パート・アルバイト等勤務状況証明書

○雇用契約に基づいて、下記事項の証明をお願い致します。

(証明依頼者) 住所
氏名

※使用目的 山形県自動車販売健康保険組合に対する、被扶養者認定申請の際、添付を要するため。
※提出先 山形県自動車販売健康保険組合（〒990-2432 山形市荒楯町一丁目8番5号 TEL023-632-1464）

１勤務状況（該当箇所に☑印をつけ、必要事項を記入して下さい。）

雇用開始日	令和 年 月 日採用
雇用期間	□期間あり〔令和 年 月 日～令和 年 月 日まで〕 □期間無し
勤務時間	午前／午後 時 分 ～ 午前／午後 時 分 〔週 時間 分〕
勤務日数	1ヶ月 日〔週 日〕
仕事の内容 (具体的に)	
給与の支払日	毎月 日締め 当月・翌月 日支払
給与の支払形態	□月給 基本給 〔 円〕 □日給 日給単価〔 円〕 □時給 時給単価〔 円〕
賞与の有無	□有 年間賞与の見込み額〔 円〕 □無

２給与額

（１）直近３ヶ月の支払状況（既に１ヶ月以上給与を支払っているとき）

給与月	給与計算の期間	支払日数	支給日	支給額
R 年 月分	月 日～ 月 日	日分	月 日	円
R 年 月分	月 日～ 月 日	日分	月 日	円
R 年 月分	月 日～ 月 日	日分	月 日	円

（２）支払見込額（まだ給与を支払っていないとき）

給与見込額	基本額	月額 円	(日給者) @ 円× 日
			(時給者) @ 円× 時間 × 日
	手当額	(手当の合計) 円	(手当の種類:)
	賞与額	(1ヶ月の見込) 円	(賞与の年間見込額: 円)
	合計	円	

３通常勤務者（同種の仕事に従事する正社員等勤務状況）

勤務時間	午前／午後 時 分 ～ 午前／午後 時 分 〔週 時間 分〕
勤務日数	1ヶ月 日〔週 日〕

４貴事業所は、健康保険に加入していますか。 □加入している □加入していない

当社＿＿＿＿＿＿＿＿様の給与状況(見込)について上記の通り証明します。

年 月 日

事業所所在地
事業所名称
事業主氏名
電話番号 ( )