

雇用条件証明書

氏名	健保 花子		生年月日	昭和 平成	10年8月8日
雇用形態	パートアルバイト ・ 派遣社員		期間の定めのない場合は記入不要		
雇用期間	平成・令和 4年4月1日 ~ 平成・令和 年 月 日 ※ 実際の勤務開始日ではなく、雇用契約期間を記入				
勤務時間	①	9時00分 ~ 14時00分		(実働 4 時間)	(1ヵ月平均 12 日間)
	②	時 分 ~ 時 分		(実働 時間)	(1ヵ月平均 日間)
給与	月給 ・ 日給 ・ 時間給 (1,100 円) / 賞与 (20,000 円/年)				
月額/年額	月額 52,800 円		年間見込み額 714,080 円		
交通費	1ヵ月あたり(5,040 円) / 支給なし		(月額+交通費) × 12ヶ月 + 賞与		
健康保険	加入している / 加入していない		電車代210円 × 往復 × 日数		

上記のとおり証明します。

令和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日

事業所所在地 東京都〇〇市〇〇 〇番地〇

電話番号 123-45-6789

事業所名称 〇〇〇〇株式会社

代表者(責任者) 代表取締役 〇〇 ×▲■

受付日付印

ご担当者各位

貴社従業員様から、当組合に健康保険被扶養者の申請がございました。

つきましては、以下項目につき確認をさせていただきたく、大変お手数ですが証明をお願いいたします。

トップグループ健康保険組合

電話 052-526-3001

給与(支払・見込)額証明書

被雇用者

住所	〒123-4567 愛知県〇〇市〇〇町
氏名	健保 花子
入社年月日	令和 〇年 〇月 〇日
健康保険加入 無・有	[取得] [喪失]
雇用保険加入 無・有	令和 〇年 〇月 〇日 [取得] [喪失]
退社年月日	

令和 〇年における年間給与支払実績(見込)額を以下の通り証明いたします。

支払(予定)年月日	支払状況	給与総支給額 (非課税分含む)	内 通勤手当
令和 〇年 5月	実績・見込	40,000 円	1,000 円
令和 〇年 6月	実績・見込	80,000 円	2,000 円
令和 〇年 7月	実績・見込	80,000 円	2,000 円
令和 〇年 8月	実績・見込	90,000 円	2,500 円
令和 〇年 9月	実績・見込	90,000 円	2,500 円
令和 〇年 10月	実績・見込	80,000 円	2,000 円
令和 〇年 11月	実績・見込	60,000 円	1,500 円
令和 〇年 12月	実績・見込	100,000 円	3,000 円
令和 〇年 1月	実績・見込	90,000 円	2,500 円
令和 〇年 2月	実績・見込	90,000 円	2,500 円
令和 〇年 3月	実績・見込	80,000 円	2,000 円
令和 〇年 4月	実績・見込	70,000 円	1,800 円
賞与 6月	実績・見込	20,000 円	
賞与 12月	実績・見込	20,000 円	
年間合計		990,000 円	25,300 円

【注意事項】

・支払実績額または支払実績額と支払見込額を記載してください。(どちらも直近12か月)

・給与総額には、通勤手当・家族手当等、支給される諸手当全てを含めてください。

通勤手当がない場合は無しと記載してください。

また、社会保険料・源泉所得税等を控除する前の金額をご記入下さい。

令和 〇年 〇月 〇日

事業所所在地	〒456-7890
事業所名称	東京都〇〇市〇〇 〇番地〇
事業主名	〇〇〇〇株式会社
電話番号	123-45-6789

印