

# 記入例

## 雇用契約証明書

健保 花子 の雇用契約については下記の通りであることを証明致します。

※雇用形態	正社員 <input checked="" type="radio"/> パート <input checked="" type="radio"/> その他 ( )
※雇用期間の定め	・有 <input checked="" type="radio"/> 平成・令和30年4月1日～令和元年9月30日 ・無 <input type="radio"/> 正式入社日 (平成・令和 年 月 日)
※雇用期間変更日	令和 年 月 日
※雇用延長	<input checked="" type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無
※所定労働日数	<u>12</u> 日/月
※所定労働時間	<u>5.5</u> 時間/日
※基本給	<u>1,000</u> 円/時間 <input checked="" type="radio"/> 日
※交通費	<u>500</u> 円/日, 月
その他支給額 がある場合	_____ 円/日, 月, 半期, 年 (但し _____ として)
※見込み年収	<u>864,000</u> 円
※社会保険	・健康保険 適用 <input checked="" type="radio"/> 不適用 <input checked="" type="radio"/> ・厚生年金保険 適用 <input checked="" type="radio"/> 不適用 <input checked="" type="radio"/> ・雇用保険 <input checked="" type="radio"/> 適用 <input type="radio"/> 不適用 ・労災保険 <input checked="" type="radio"/> 適用 <input type="radio"/> 不適用

※ 必須入力 (入力無き場合、再提出いただくことがあります)

令和 元年 5 月 1 日

所在地 ○○県○○市○○町○○丁目○○番

会社名 ○○○○○○株式会社

代表者名 代表取締役○○ ○○

電話番号 000-000-0000

社印  
印

この証明書に記入された個人情報は、健康保険

勤務先の社印が必要です