

雇用内容証明書

被雇用者氏名		雇用形態	<input type="checkbox"/> 正社員 <input type="checkbox"/> パート・アルバイト
雇用開始日または雇用契約変更日	令和 年 月 日	従業員数	_____人
労働契約	1日の労働時間_____時間 1週間の労働時間_____時間 1カ月_____日勤務	給与	時給_____円・日給_____円 月額およそ_____円 年額およそ_____円
賞与	<input type="checkbox"/> 支給なし <input type="checkbox"/> 支給あり _____円/年	通勤手当	<input type="checkbox"/> 支給なし <input type="checkbox"/> 支給あり <input type="checkbox"/> 課税 <input type="checkbox"/> 非課税 _____円/日 _____円/月
社会保険	健康保険		雇用保険
	<input type="checkbox"/> 適用 <input type="checkbox"/> 不適用		<input type="checkbox"/> 適用 <input type="checkbox"/> 不適用

上記の者の雇用内容について証明します。

令和 年 月 日

事業所所在地
事業所名称
代表者氏名
連絡先電話番号

長瀬産業健康保険組合御中

上記内容にて、被扶養者異動を届出いたします。

保険証記号・番号 ()・()

被保険者氏名