

雇用契約証明書

被雇用者	氏名
	生年月日 年 月 日
雇用開始日または 雇用契約変更日	令和 年 月 日

上記証明します。

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

令和 年 月 日

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