

証明いただく方へのお願い

この証明書は、健康保険組合の被扶養者の申請をする際、事務処理に必要とし、他の目的で使用するは一切ありません。記入漏れのないようにお願いいたします。

パート就業証明書

対象者氏名

I 対象者の就労開始年月日 (平成・令和 年 月 日より就労開始)

II 勤務時間および日数

一般社員勤務時間			対象者勤務時間		
1日	時間		1日	時間	
1週	時間	日	1週	時間	日
1ヶ月		日	1ヶ月		日

III 賃金支払状況

・基本給 : 以下の1~3のいずれか該当するものに☑のうえ、ご記入ください。								
<input type="checkbox"/>	1. 時給制	円/時	<input type="checkbox"/>	2. 日給制	円/日	<input type="checkbox"/>	3. 月給制	円/月
・基本給以外の各種手当 : <input type="checkbox"/> 有 (有の場合は下に名称・金額をご記入ください。) ・ <input type="checkbox"/> 支給なし								
	(手当	円/月,	手当	円/月)			
	(手当	円/月,	手当	円/月)			
・通勤費 : <input type="checkbox"/> 有 (1日 円, 1ヶ月 円) ・ <input type="checkbox"/> 支給なし								

※組合使用欄	(基本給)	円×	時間×	日 =	円/月
	(手当+通勤費)			=	円/月
				=	円/年

IV 就業時間、報酬が短時間労働者の要件(※1)を満たしている場合、健康保険に加入していない理由を選択してください。(該当するものいずれかに☑をいれてください。)

※1 週の所定労働時間が20時間以上であり、賃金が月額88,000円(通勤費・家族手当・残業手当は除く)以上である方

<input type="checkbox"/> 特定適用事業所(※2)でないため
※2 厚生年金被保険者が常時51人以上である事業所
<input type="checkbox"/> 学生のため
<input type="checkbox"/> その他 ()

上記の通り、相違ないことを証明いたします。

令和 年 月 日

所在地

証明者名称

氏名

印