

雇用条件証明書

<下記は事業主（パート・アルバイト先）に記入して頂いてください>

氏名	健保 花子		生年月日	昭和 平成	52 年 7 月 1 日
雇用形態	社員 ・ パートアルバイト ・ 派遣社員 ・ その他（ ）				
雇用期間	令和 1 年 5 月 1 日 ~ 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	10 時 00 分 ~ 15 時 00 分		(実働	4 時間)
				(1 ヶ月平均	14 日間)
勤務時間	②	時 分 ~ 時 分		(実働	時間)
		※②は勤務時間が複数ある場合に記入		(1 ヶ月平均	日間)
給与	月給 ・ 日給 ・ 時間給 (1,000 円) / 賞与 (円/年)				
交通費	1 ヶ月あたり (7,000 円) / 支給なし				
健康保険	加入している / 加入していない				

上記のとおり証明します。

令和 年 月 日

事業所所在地 _____

電話番号 _____ **事業主（パート・アルバイト先）の証明が必要です**

事業所名称 _____

代表者（責任者） _____ (印)

東和薬品健康保険組合