

健康保険  
被扶養者申請

## 就労状況証明書

被保険者・申請家族の事業主記入用

給与収入(パート・アルバイト含む)がある家族を申請する際に、直近3カ月分の給与明細がそろわない為  
勤務先に就労状況を証明していただく場合

事業主記入欄 (申請家族の勤務先)	氏名	(フリガナ)	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月 日	
	入社または 契約変更日	年 月 日			本証明書の勤務形態になった日を記入してください	
	契約期間	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	→「有」の場合は期間を記入 契約期間 年 月 ~ 年 月			
	雇用保険	<input type="checkbox"/> 加入有 <input type="checkbox"/> 加入無				
	勤務形態	1日あたり	時間	時間外	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	→「有」の場合は時間を記入 1日あたり 時間
		1ヶ月あたり	日	交通費	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	→「有」の場合は金額を記入 1ヶ月あたり 円
		通常勤務者の 4分の3	<input type="checkbox"/> 以上 <input type="checkbox"/> 未満	→「以上」の勤務、もしくは強制適用事業所に該当する場合は記入 付与できない理由 ( )		
	賃金形態	該当給にチェックし、金額を記入				
		<input type="checkbox"/> 時間給 <input type="checkbox"/> 日給 <input type="checkbox"/> 月給	円			
	上記記載内容の就労状況で間違いありません。					年 月 日
事業所所在地						
事業所TEL						
事業所名称					印	

被保険者記入欄	被保険者証 の(左づめ)	記号(1か2か3)	番号(保険者番号06270748ではありません)	事業所名
	被保険者 氏名	(フリガナ)		

健保 記入欄	算定基礎
-----------	------

受付日付印
-------

※本証明書は、当組合が健康保険被扶養者認定の確認のために必要な書類です。

※当帳票の内容については、健康保険業務以外の目的には使用しません。