大阪瓦斯健康保険組合　理事長　殿

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

申請日　　年　　月　　日

労働条件通知書等の労働契約内容が確認できる書類がない場合

被保険者情報					
被保険者	記号（1か2か3）	番号（06270748ではありません）（右づめ）	**記号番号が分からない場合**は個人番号（マイナンバー）を記入してください		
氏名	（フリガナ）		事業所名		

事業主記入欄（申請家族の勤務先）						
申請家族の氏名	（フリガナ）		生年月日	年　月　日 □昭和 □平成 □令和		
入社または契約変更日	本証明書の勤務形態になった日を記入してください 年　月　日		雇用保険	□ 加入有 □ 加入無		
契約期間	□ 有 □ 無	→ 「有」の場合は期間を記入 契約期間　年　月 ～ 年　月				
勤務形態	1日あたり	時間	時間外	□ 有 □ 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	□ 有 □ 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	□ 以上 □ 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☑を入れ、金額を記入）	□ 時間給　□ 日給　□ 月給 円		賞与	□ 有 □ 無	→ 「有」の場合は金額を記入 1年あたり　円	
備考（その他手当等）						

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

事業所名称

事業主氏名　　印

電話番号

※健康保険組合記入欄

算定基礎

健保受付日付印

※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。

2026.4