

ご担当各位

貴社従業員様から、当組合に「健康保険被扶養者の申請」がございました。
つきましては、下記項目につき確認をさせていただきたく、大変お手数ですが証明をお願いいたします。

トヨタ自動車健康保険組合
電話(0565)28-0088

雇用内容証明書

令和 年 月 日記入

トヨタ自動車健康保険組合 御中

事業主〈所在地〉

〈会社名〉

〈代表者名〉



〈記載責任者名〉

〈電話番号〉

下記の者の雇用について相違ないことを証明する。

1.氏名・生年月日	氏名	生年月日	昭. 平. 令.	年	月	日
2.雇用年月日 裏面の記入例参照	昭. 平. 令. 年 月 日(雇用形態や勤務形態、勤務状況が変更した場合、変更年月日を記入)					
3.雇用形態 (○印又は記入を)	社員	パート アルバイト	派遣社員	その他 ()		
4.勤務時間	時 ~ 時 <実働 H勤務>					
5.勤務日	(1) 日間勤務/週		(2)その他勤務< >			
6.給与・賞与 (該当に○印を)	(1) 月給・日給・時間給 (円)					
	(2) その他 < >					
	(3) 賞与 (円)/年 ※年 回支給					
7.総収入見込額	1ヶ月当り 円			年間見込額 円		
8.直近の支払額	給与	月	円	賞与	月賞与	円
		月	円			
		月	円			
9. 貴社におかれましての 各保険加入について (該当に○印を)	(1) 健康保険 (加入 ・ 未加入)					
	(2) 厚生年金保険 (加入 ・ 未加入)					
	(3) 雇用保険 (加入 ・ 未加入)					

ご担当各位

貴社従業員様から、当組合に「健康保険被扶養者の申請」がございました。
つきましては、下記項目につき確認をさせていただきたく、大変お手数ですが証明をお願いいたします。

トヨタ自動車健康保険組合
電話(0565)28-0088

雇用内容証明書

令和 1年 5月 1日記入

トヨタ自動車健康保険組合 御中

事業主〈所在地〉 ○○市○○区○○町1-1
〈会社名〉 (株)○○○○○商事
〈代表者名〉 ○○○ ○○○ (印)
〈記載責任者名〉 ●●●●●●●●●●
〈電話番号〉 0000 - 0000 - 0000

下記の者の雇用について相違ないことを証明する。

1.氏名・生年月日	氏名	とよた ○子	生年月日	昭. 平. 令.	50年	1月	1日
2.雇用年月日	昭. 平. 令.	追記:H17.1.1から正社員として入社 パートに変更(or 勤務日数減) 31年 4月 1日(雇用形態や勤務形態、勤務状況が変更した場合、変更年月日を記入)					
3.雇用形態 (○印又は記入を)	社員	パート アルバイト	派遣社員	その他 ()			
4.勤務時間	9時30分 ~ 16時30分 <実働 5.5H勤務>						
5.勤務日	(1) 5日間勤務/週			(2)その他勤務< >			
6.給与・賞与 (該当に○印を)	(1) 月給・日給 時間給 (800円)						
	(2) その他 < 交通費 5,000円/月支給 >						
	(3) 賞与 (50,000円)/年 ※年 1 回支給						
7.総収入見込額	1ヶ月当り 93,000 円			年間見込額 1,166,000 円			
8.直近の支払額	給与	1月 180,000 円		賞与	12月賞与 50,000円		
		2月 180,000 円					
		3月 180,000 円					
9. 貴社におかれましての 各保険加入について (該当に○印を)	(1) 健康保険 (加入 ・ 未加入) H31.4.1脱退						
	(2) 厚生年金保険 (加入 ・ 未加入) H31.4.1脱退						
	(3) 雇用保険 (加入 ・ 未加入)						