

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)	(1)社員	(2)パート アルバイト	(3)派遣社員	(4)その他 ()		
4.勤務時間 ※最大値で計算 例:5-6時間→6時間で計算	時 ~ 時 <実働 H勤務>					
5.勤務日 ※最大値で計算 例:2-3日→3日で計算	(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	年間見込額 円			1ヶ月あたり 円		
8.直近の支払額 (無い場合は未記入)	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 商 ○ 株
〈代表者名〉 ○○○ ○○○ 事 ○ 式
〈記載責任者名〉 ●●●●●● 之 ○ 会
〈電話番号〉 0000 - 0000 - 0000 社

必ず勤務先の事業主の証明が必要です。

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 ※最大値で計算 例:5-6時間→6時間で計算	9時30分 ~ 16時30分 <実働 5.5H勤務>			勤務変更の場合、4~7は 変更後の見込内容を 記入してください			
5.勤務日 ※最大値で計算 例:2-3日→3日で計算	(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)	年間見込額の記載が無いと認定できません ※交通費、賞与などすべての収入を含めた 金額をご記入ください。 ※計算方法の例(時間給の場合) 勤務時間×勤務日×時給×4週×12ヶ月					
	(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	年間見込額	1,166,000	1ヶ月あたり	93,000 円			
8.直近の支払額 (無い場合は未記入)	給与	1月 180,000 円	賞与	12月賞与 50,000円			
		2月 180,000 円	勤務変更による扶養申請の場合、 直近の実績が基準額を超えていても問題ありません (但し、勤務変更日を必ず記載ください)				
		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)	加入されていますと 扶養認定できません (雇用保険はOK)					

2026.4.1改定