

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	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 (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〉

〇〇市〇〇区〇〇町1-1

〈会社名〉

(株)〇〇〇〇〇商事

〈代表者名〉

〇〇〇 〇〇〇

商
事
之
印
株
式
会
社

〈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	勤務変更による扶養申請の場合、 変更日の記載が無いと認定できません			
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)		4~7は 変更後の見込内容を 記入してください ※4~6を計算した際に 月収基準を超えると 認定できません				
	(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 (無い場合は未記入)	給与	1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)				
		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		加入されていますと 扶養認定できません (雇用保険はOK)				
	(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)						

2020.6.1改定