

(扶養申請者勤務先)

殿

証 明 願

健康保険被扶養者の申請に必要ですので、

下記に(扶養申請者名)_____の勤務・給与等について証明をお願い致します。

令和 年 月 日

被保険者氏名：_____

* 枠内は勤務先の記入欄 (申請者記入無効)

富士フイルムグループ健康保険組合殿

勤務形態証明書

氏 名：_____

生 年 月 日： 昭和 _____ 年 月 日
平成 _____ 年 月 日

入 社 年 月 日： 平・令 _____ 年 月 日

入社後雇用契約変更の場合

雇用契約変更日： 平・令 _____ 年 月 日

契 約 期 間： 無し・有り (期間 _____ 年 _____ 月～ _____ 年 _____ 月)

賃 金 形 態： 時給(_____ 円)・日給(_____ 円)・その他(_____ 円)

雇用保険の加入： 加入・未加入

勤 務 形 態： (注) 記入漏れのないようお願いします。

(1) 常勤者の勤務時間及び勤務日数

1 日： _____ 時 _____ 分～ _____ 時 _____ 分, 実働 _____ 時間

1ヶ月の勤務実日数 (年間勤務日数÷12ヶ月)： _____ 日

(2) 上記申請者の勤務時間及び勤務日数

1 日： _____ 時 _____ 分～ _____ 時 _____ 分, 実働 _____ 時間

1ヶ月の勤務実日数 (年間勤務日数÷12ヶ月)： _____ 日

※ 不定期勤務の場合： 1ヶ月の勤務見込時間 _____ 時間

収 入： _____ 円/年 (向こう1年間の収入見込み)

* 月平均×12ヶ月で見込みを記入して下さい。

* 賞与・交通費も合算で記入して下さい。

上記のとおり通常勤務者の3/4未満の勤務であることを証明致します。

令和 年 月 日

所在地 _____

会社名 _____ 印

TEL (_____) _____