令和　　年　　月　　日

〒182-0002 東京都調布市仙川町 2－5－7
仙川キユーポート
キユーピー・アヲハタ健康保険組合
電話：03-5384-7740

雇用証明のお願い

当健保組合では適正な被扶養者認定と削除を行うため、被扶養者資格要件の取得日と資格の喪失した時期の確認を致したく、＿＿＿＿＿＿＿＿様の雇用状況につきましてご証明いただけますようお願い申し上げます。

尚、証明書の目的と提出先は以下の通りです。

１．目　的：　① 健康保険の被扶養者認定時の資格確認
　　② 健康保険の被扶養者削除時の資格確認

２．提出先：　キユーピー・アヲハタ健康保険組合

御社ご証明欄

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿の雇用につきまして、次の通りに証明いたします。

氏名	ﾌﾘｶﾞﾅ		生年月日
	(姓)	(名)	
雇用年月日	平成・令和　　年　　月　　日		
就労状況変更年月日	令和　　年　　月　　日 ※ *就労状況が変更された場合にご記入願います*		
雇用形態	社員・ﾊﾟｰﾄﾀｲﾏｰ・ｱﾙﾊﾞｲﾄ・派遣社員・臨時職員・その他（　　）		
就労内容	１日の所定労働時間　　時間		
	１ヶ月の所定労働日数　　日		
給与	(月額　　円)又は(日額　　円)又は(時給　　円)		
通勤費	１ヶ月あたり　　円　(非課税分を含む)		
賞与	なし　・　あり(年　　回支給　約　　円)		
前年度支払額 今年度支払額(見込)	円／年 円／年		
健康保険	１．加入(加入日：　　)　2.非加入(理由　　)		
その他の社会保険	雇用保険　1.加入　２．非加入	厚生年金保険　1.加入　２．非加入	

御社所在地

御　社　名　　印

ご担当者様連絡先電話番号：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿