

勤務先ご担当者様

健康保険組合の被扶養者加入資格における収入証明を使用目的として「雇用証明書」の証明をお願いいたします。
給与総支払額につきましては、課税・非課税を問わず、税金や保険料等が控除される前の金額をご記入ください。
なお、証明いただいた内容につきましては被扶養者資格確認以外では使用いたしません。
※ボールペンでのご記入をお願いします。消えるペン（フリクション等）の使用はお控えください。

住友理工健康保険組合 理事長 殿

雇用証明書

2021 年 月 日

被雇用者氏名	
--------	--

雇用形態	常勤・非常勤・パート・アルバイト・その他（ ）		
雇用開始日及び雇用形態変更日	年 月 日		
給料形態	月給・日給（ 円）・時給（ 円）		
賞与の有無	なし・あり（支払額 円 × 年 回）		
健康保険加入状況	なし・あり（ 年 月 日から）	雇用保険加入	なし・あり

給与支払額 ※支払額は交通費等の各種手当を含む総支給額を記入してください。
※給与見込、賞与見込分も記入してください。

支払月日	給与総支給額<実績>	給与総支給額<見込>	賞与支給額<実績・見込>	総支給額<実績+見込>
2021 年 1 月	円	円	円	円
2021 年 2 月	円	円	円	円
2021 年 3 月	円	円	円	円
2021 年 4 月	円	円	円	円
2021 年 5 月	円	円	円	円
2021 年 6 月	円	円	円	円
2021 年 7 月	円	円	円	円
2021 年 8 月	円	円	円	円
2021 年 9 月	円	円	円	円
2021 年 10 月	円	円	円	円
2021 年 11 月	円	円	円	円
2021 年 12 月	円	円	円	円
合 計	円	円	円	円
備 考				

上記のとおり相違ないことを証明いたします。

2021 年 月 日

雇用者 事業所所在地
事業所名
代表者名

