

就 職 証 明 書

※共済組合の被扶養者認定・取消に必要ですので、全て記入のうえ証明願います。

就 職 者	氏 名			
	生年月日	年 月 日	性 別	男・女
採 用 年 月 日	令和 年 月 日			
健康保険・厚生年金保険 適用の有無 (右も記入願います。) 【 有 ・ 無 】	有の場合	資格取得	令和 年 月 日	
	無の場合	適用しない理由		
雇用保険適用の有無	有 ・ 無			
勤 務 形 態	常勤 ・ 非常勤 [月 日間勤務 1日 時間 ・ 週 時間 その他:			
※月で違う場合は、平均的な数字をご記入願います				
所 得 額	見込月額	円 (非課税分含む)		
	月額内訳	月給額	円	
		日給額	円	
		時給額	円	
		諸手当	円 (通勤手当等・その他)	
賞 与	円 (年 額)			
※今後1年間の収入見込額をご記入願います。				

上記のとおり相違ない事を証明します。

令和 年 月 日

事業所

所在地 _____
名 称 _____
代表者 _____ (印)

(TEL () - 担当者)