

勤務先

殿・御中

## 証明願

健康保険の被扶養者認定申請に必要ですので、  
下欄の項目について証明をお願い致します。

提出日	年	月	日
健康保険 記号-番号	記 号	番 号	
被保険者氏名(自 署)			

ジブラルタ健康保険組合 御中

## 勤務内容証明書

※ 枠内は勤務先にてご記入願います。

扶養対象者氏名	生年月日	□S・□H:	年	月	日生
入社年月日	□S・□H・□R:	年	月	日	
契約期間	□無し・□有り(期間:	年	月	日	~ 年 月 日)
雇用保険の加入	□加入・□未加入				
勤務内容	・1日の勤務時間(時 分~ 時 分) 実働:(時間) 1ヶ月の勤務実日数(日)				
収入	(見込)年収: 円 (*賞与・交通費も合算して記入して下さい)				
(内訳)	賃金形態	□月給(円)	□時給(円)	□日給(円)	□その他請負等(円)
	賞与・交通費等	(0円の場合は必ず「0」と記入してください)			
	1.年間賞与(見込)額	(円)	2.交通費(月額換算)	(円)	
	3.その他手当(月額換算)	(円)			
上記のとおり相違ありません。					
証明日:	年	月	日		
所在地:					
会社名:	印				
TEL:	-	-			
記入者名:					