

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 ②	2024 年 4 月 27 日			
健康保険 記号-番号 ③	記号	1	番号	000000
被保険者氏名(自 署)	健保 太郎			

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	④ 健保 花子	生年月日	☒ S・ ☐ H: 55 年 5 月 1 日生	
入 社 年 月 日	☐ S・ ☐ H・ ☒ R: 3 年 1 月 1 日 ⑤			
契 約 期 間 ⑥	☒ 無 し・ ☐ 有 り (期間: 年 月 日 ~ 年 月 日)			
雇用保険の加入	☐ 加入・ ☒ 未加入 ⑦			
勤 務 内 容 ⑧	・1日の勤務時間 (13 時 00 分 ~ 16 時 00 分) 実働:(3 時間) 1ヶ月の勤務実日数 (10 日)			
収 入 ⑨	(見込)年収: 516,000 円 (* 賞与・交通費も合算して記入して下さい)			
(内 訳)	賃 金 形 態 ⑩	☐ 月給 (円) ☒ 時給 (1,100 円) ☐ 日給 (円) ☐ その他請負等 (円)		
	賞与・交通費等	1.年間賞与(見込)額 (⑪ 0 円)	2.交通費 (月額換算)(10,000 円)	
		3.その他手当(月額換算)(0 円)		

証明日: 2024 年 4 月 25 日

所 在 地: 〒150-XXXX
会社名: 渋谷区神宮前 X-X-X
T E L: XXX 株式会社
記入者名: TEL XX-XXXX-XXXX 代表取締役 XXX XXXX



⑫

次のような場合に、この申請をご使用ください

被扶養者としていたい方に給与収入がある方で、収入証明として直近 3 ヶ月分の給与明細が揃わない場合や、雇用形態が変わったことで被扶養者の認定申請をする場合に提出します

【記入要領(記入例の番号と照合してください)】

①勤務先名称

依頼する勤務先の名称をご記入ください

②提出日

在職被保険者の方は、事業所に提出する日

任意継続被保険者・特例退職被保険者の方は、当健保組合に提出する日 をご記入ください

③健康保険記号・番号と被保険者氏名

健康保険証または資格確認書、資格情報のお知らせ等に記載されている記号・番号をご記入ください

④扶養対象者氏名・生年月日

被扶養者申請対象者の氏名・生年月日をご記入ください

⑤入社年月日

被扶養者申請対象者の、入社年月日をご記入ください

⑥契約期間

被扶養者申請対象者の、勤務先での契約期間の有無について、該当するものに☑をつけてください

契約期間がある場合は、期間も併せてご記入ください

⑦雇用保険の加入

被扶養者申請対象者の、勤務先における雇用保険の加入状況をご記入ください

⑧勤務内容

1 日の勤務時間・実働時間・1 ヶ月の勤務実日数についてご記入ください

⑨収入

年収見込(賞与や交通費等の手当を含む)の金額をご記入ください

⑩賃金形態

該当するものに☑を付けたうえで、金額をご記入ください

⑪賞与・交通費等

賞与(年間見込)や交通費(月額)、その他手当(月額)等があれば、その金額をご記入ください

支給されていない場合は、「0 円」とご記入ください

⑫証明日等

勤務先会社の証明欄です

会社が正式に証明したことが確認できるよう、会社のゴム印や社印が押印されたものをご依頼ください