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）			
（内訳） 賞与・交通費等	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）			

証明日:　　年　　月　　日

所 在 地:

会 社 名:　　印

T　E　L:

記入者名:

健−8①（2024.12.）