雇　用　契　約　確　認　書

労働者	住　所	
	氏　名	
	生年月日	昭和　平成　　年　　月　　日生

私は、親族が加入する健康保険組合の被扶養者として届出をしたいので、下記に記載の雇用契約に基づく労働条件について証明をお願いします。

記

1．直近の雇用契約期間	（平成　　年　　月　　日雇入れ）
① ②	平成　　年　　月　　日から平成　　年　　月　　日まで 期間の定めなし
2．労働時間	（始業）　　時　　分　～　（終業）　　時　　分まで
3．休憩時間	上記労働時間のうち_____分
4．休日（該当に○を）	毎週土曜日・毎週日曜日・その他（　　）
5．賃金	月給制_____円/月、日給制_____円/日、時給制_____円/時
6．時給制である場合の	１週間の所定労働時間_____時間
7．手当	通勤手当　_____円/月、　通勤手当　_____円/日 その他手当_____円/月、　その他手当_____円/日
8．社会保険加入状況（該当に○を）	・雇用保険に加入　　・雇用保険に未加入 ・健康保険、厚生年金に加入　　・健康保険、厚生年金に未加入
9．上記契約に基づく１ヶ月あたりの報酬金額	_____円　（通勤手当を含む。） （計算式）

以上の内容に相違ありません。

平成　　年　　月　　日

事業所の所在地 _____

事業所の名称 _____

代表者の氏名 _____ ㊞