

# 雇用条件証明書

キタムラ健康保険組合 殿

氏名	生年月日			
	昭・平	年	月	日生
雇用期間	年 月 日 ~ 年 月 日 注) 下記の条件で雇用契約した期間			
就労内容	1日の所定労働時間	時間	分	
	1ヶ月の所定労働日数	日		
給 与 賞 与	給与形態	<input type="checkbox"/> 時給 (            円) <input type="checkbox"/> 日給 (            円) <input type="checkbox"/> 月給 (            円)		
	交通費 (非課税分を含む)	<input type="checkbox"/> 有 (1ヶ月            円) <input type="checkbox"/> 無		
	その他手当	<input type="checkbox"/> 有 (1ヶ月            円、            手当) <input type="checkbox"/> 無		
	賞 与	<input type="checkbox"/> 有 (1回            円 × 年            回支給) <input type="checkbox"/> 無		
健康保険	<input type="checkbox"/> 加入している <input type="checkbox"/> 加入していない			

上記の条件で雇用していることを証明します。

年 月 日

証明者 事業所所在地  
事業所名称  
事業主氏名  
電話

印

— —