

認定対象者の勤務先に
記入していただく書類です

雇用条件証明書

※勤務先に記入していただく書類です。

氏名	健保 花子		生年月日	昭和 55 年 10 月 13 日 平成
雇用形態	社員 ・ パート・アルバイト ・ 派遣社員 ・ その他()			
雇用期間	平成 令和 30 年 1 月 1 日 ~ 平成・令和 年 月 日 ※ 実際の勤務開始日ではなく、雇用契約期間を記入			
勤務時間	①	9 時 30 分 ~ 18 時 30 分	(実働 8 時間)	(1ヵ月平均 5 日間)
	②	13 時 30 分 ~ 18 時 30 分	(実働 5 時間)	(1ヵ月平均 5 日間)
給与	月給 ・ 日給 ・ 時間給 (1,050 円) / 賞与 (円 / 年)			
交通費	1ヵ月あたり(5,000 円) / 支給なし			
健康保険	加入している / 加入していない			

上記のとおり証明します。

令和 2 年 10 月 1 日

事業所所在地 △△県△△区△△△△

電話番号 〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇

事業所名称 △△株式会社

代表者(責任者) △△ △△

アクセンチュア健康保険組合