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） ※②は勤務時間が複数ある場合に記入　（1ヵ月平均 5 日間）	
給与	月給　・　日給　・　時間給　（　1，250　円）／ 賞与(※1)　（　0　円／年）		
交通費	☐ 1か月あたり（　　円）　☑ 1日あたり(※2)　（　440　円）　☐ 支給なし		
健康保険	加入している　／　加入していない		

※1 賞与の支給が無い場合「0円」と記入。賞与の支給額は見込み金額を記入。
※2 就労の都度支給される場合など。

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

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

20240801