

# 雇用条件証明書

東京都情報サービス産業健康保険組合 殿

氏名	
生年月日	_____年_____月_____日生
雇用期間	・ 契約開始日 _____年_____月_____日 ※実際の雇用開始日ではなく、下記に記載した条件による契約開始日を記入 ・ 契約終了日 { <input type="checkbox"/> 期間の定めなし <input type="checkbox"/> 一定期間ごとに更新
就労時間	① _____時_____分 ~ _____時_____分 実働 _____時間 1ヶ月平均 _____日間 ② _____時_____分 ~ _____時_____分 実働 _____時間 1ヶ月平均 _____日間 ※②は勤務時間が複数ある場合に記入
給与	・ 給与形態 <input type="checkbox"/> 時給 <input type="checkbox"/> 日給 <input type="checkbox"/> 月給 _____円 1ヶ月平均 _____円 ・ 交通費の支給 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 1ヶ月当たり _____円
賞与	・ 支給の有無 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 年間総支給額 _____円 ※実績がない場合はおおよその見込み額を記入
健康保険	(国民健康保険以外の) 健康保険に加入 <input type="checkbox"/> している <input type="checkbox"/> していない

※チェックボックスはいずれかに必ずチェックを入れてください

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 \_\_\_\_\_  
電話番号 \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ )  
事業所名称 \_\_\_\_\_  
代表者又は責任者 \_\_\_\_\_