

被保険者氏名

就 労 証 明 願

下記事項につき、ご証明願ひ度。

記

1. 目 的
- ルネサス健康保険組合被保険者の扶養家族になるため
2. 提 出 先
- ルネサス健康保険組合
3. 証明内容
- 下記「就労証明書」による

以 上

就 労 証 明 書

氏 氏		(フリガナ)				生 年 月 日					
		(氏)		(名)		☐ 昭和		年		月	
就 労 状 況	就労開始日	☐ 平 成 年 月 日 ☐ 令 和									
	勤 務 形 態	☐ 常 勤 → (週 日勤務) ☐ 非 常 勤 → (常勤が週 日勤務のうち、週 日勤務)									
	勤 務 時 間	☐ フルタイム → (1 日 時間勤務) ☐ パートタイム → (フルタイムが1 日 時間勤務のうち、1 日 時間勤務)									
賃 金 (諸手当含む/通勤手当別)		☐ 月 額 → (円) ☐ 日 額 → (円) ☐ 時 給 → (円)									
通 勤 手 当		☐ 月 額 → (円) ☐ 無 ☐ 日 額 → (円)									
賞 与		☐ 有 → 年 回支給 (1 回 約 円) ☐ 無									
健 康 保 険		☐ 加 入 ☐ 非 加 入 → ()									

上記の通り相違ないことを証明します。

令和 年 月 日

事業所所在地	印
事業所名称	
事業主氏名	
連絡先電話	
担 当 者	