

組合員の方へ・・・勤務先が複数ある場合は、コピーしてそれぞれの勤務先に証明を依頼してください。  
 事業所の方へ・・・この雇用証明書は、被扶養者の適正な認定及び資格確認に使用するものです。被扶養者の収入が基準内であったかを確認しますので、お手数ですが正確な記入をお願いいたします。

福島県市町村職員共済組合 保険課資格調定係 TEL 024-533-0011

## 雇用証明書

雇用者氏名 ( \_\_\_\_\_ ) に係る雇用状況を下記のとおり証明します。

- 1 雇用開始年月日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日
- 2 雇用契約期間 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 ~ \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 (再雇用 有・無)
- 3 健康保険適用の有無 有・無 (適用開始日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日)
- 4 賃金 ① 時間給 ( \_\_\_\_\_ 円) ② 日給 ( \_\_\_\_\_ 円)  
 ③ 月給 ( \_\_\_\_\_ 円) ④ その他 ( \_\_\_\_\_ 円)

5 勤務形態

1日の勤務時間 通常 \_\_\_\_\_ 時間 (1月当たり \_\_\_\_\_ 日) ※勤務形態が複数ある  
 その他1 \_\_\_\_\_ 時間 (1月当たり \_\_\_\_\_ 日) 場合、「その他」に  
 その他2 \_\_\_\_\_ 時間 (1月当たり \_\_\_\_\_ 日) ご記入ください。

6 給与支払状況

※支払月で記入してください。

※通勤手当等を含めた税等控除前の総支給額を記入してください。

※雇用して1年未満の場合で、今後に賞与の支給予定があれば①②に記入してください。

(① 支給月 \_\_\_\_\_ 月・支給額 \_\_\_\_\_ 円 ② 支給月 \_\_\_\_\_ 月・支給額 \_\_\_\_\_ 円)

前年	月給与	賞与等手当	本年	月給与	賞与等手当
4月	円	円	1月	円	円
5月	円	円	2月	円	円
6月	円	円	3月	円	円
7月	円	円	4月	円	円
8月	円	円	5月	円	円
9月	円	円	6月	円	円
10月	円	円	7月	円	円
11月	円	円	8月	円	円
12月	円	円	9月	円	円

7 特記事項

①勤務時間、雇用期間について

( \_\_\_\_\_ )

②特殊な手当の支給

( \_\_\_\_\_ )

③その他の特記事項

( \_\_\_\_\_ )

\_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

住 所  
 事業所名  
 代表者氏名  
 電話番号 ( \_\_\_\_\_ )