

雇用契約内容証明願

下記事項について証明いただきたくお願い申し上げます。

記

1. 目的 メイテック健康保険組合の被扶養者になるため
2. 提出先 メイテック健康保険組合（住所：東京都千代田区神田佐久間町二丁目 19 番地 櫻岳ビル）
3. 証明内容 下記「雇用契約内容証明書」による

以上

雇用契約内容証明書（全項目にご記入願います）

氏名:	_____
生年月日:	昭和・平成 年 月 日
雇用開始年月日 (又は雇用契約変更日):	平成・令和 年 月 日
雇用形態:	<input type="checkbox"/> 正社員・ <input type="checkbox"/> パート・ <input type="checkbox"/> アルバイト・ <input type="checkbox"/> その他()
雇用期間の定め:	<input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有(期間 年 月 日～ 年 月 日)
	*有の場合、記入(更新: <input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 未定)
賃金形態:	<input type="checkbox"/> 時給(円)・ <input type="checkbox"/> 日給(円)・ <input type="checkbox"/> その他(円)
雇用保険:	<input type="checkbox"/> 加入・ <input type="checkbox"/> 未加入
健康保険:	<input type="checkbox"/> 加入・ <input type="checkbox"/> 未加入
労働時間:	
(1) 申請者の労働時間および労働日数	
	1日の労働時間 _____ 時間・1週間の労働時間 _____ 時間
	1日の休憩(無給)時間 _____ 時間・1ヶ月の勤務日数 _____ 日
(2) 当社の正規従業員(通常勤務者)の就業時間	
	1日の労働時間 _____ 時間・1週間の労働時間 _____ 時間
	1ヶ月の勤務日数 _____ 日
1ヶ月に支給する総支給額:	_____ 円 (<input type="checkbox"/> 見込み・ <input type="checkbox"/> H.R 年 月実績)
通勤手当:	<input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有(1ヶ月 _____ 円) (<input type="checkbox"/> 見込み・ <input type="checkbox"/> H.R 年 月実績)
各種手当:	<input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有(名称: _____ 1ヶ月 _____ 円)
	(<input type="checkbox"/> 見込み・ <input type="checkbox"/> H.R 年 月実績) *支給される全手当をご記入願います
賞与の支給:	<input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有(年 _____ 回 各 _____ 円)
特定適用事業所:	<input type="checkbox"/> 非該当・ <input type="checkbox"/> 該当
上記のとおり、証明致します。	
	令和 年 月 日
事業所所在地	_____
事業所名称	_____
証明者役職・氏名	_____ (印)
連絡先電話番号	(_____)