

給与及び雇用契約証明（申請）書

【本人記入欄】

被保険者の保険証の記号番号	—
被保険者氏名	
申請者（被扶養者）	

◎提出先 〒103-0027
東京都中央区日本橋2-1-14 日本橋加藤ビルディング7階
通信機器産業健康保険組合

◎申請理由 健康保険法第3条第7項に規定する被扶養者の認定を受けるため。

上記の理由により、次の事項について証明申請をします。

【勤務先の事業主記入欄】

1. 特定適用事業所の該当・不該当について（いずれかを○で囲んでください。）

該当する ・ 該当しない

2. 給与額の証明 直近3か月間に支給した給与額

支給年月	勤務日数	総支給額※
令和 年 月	日	円
令和 年 月	日	円
令和 年 月	日	円

※総支給額は交通費等手当を含んだ金額を記入してください。

3. 雇用契約条件

雇用契約条件開始日	平成・令和 年 月 日から	
雇用期間 (該当するものをチェックしてください。)	<input type="checkbox"/> 定めなし <input type="checkbox"/> 定めあり→1年以上・1年未満 〔 年 月 日から 年 月 日まで 〕	
1週間の労働時間	時間	
1日あたりの労働時間	時間	
時給	円	
月額賃金の見込額 (手当が多数あり、書ききれない場合は 余白に記入してください。)	基本給与	円
	通勤手当	円
	() 手当	円
	() 手当	円
	合計	円
年間収入見込額 (証明日から1年間の収入見込額を記入してください。)		円

上記のとおり相違ないことを証明します。 令和 年 月 日

勤務先所在地	() ⑩
勤務先名称	
事業主氏名	
電話番号	
法人番号	

※記入漏れがないようお願いいたします。

※不明な点がある場合は、通信機器産業健康保険組合適用課（03-3242-5451）まで
お問合せください。