

※直近3ヵ月の給与明細と併せてご提出ください。
 (働き始めの方は満額の給与明細をご添付ください)

調査専用

申請者記入欄	
記号：	番号：
被保険者氏名	

東京西南私鉄連合健康保険組合 殿

雇用条件証明書 (一時的に収入があがってしまった方)

雇用者氏名	生年月日	年 月 日
雇用形態	パート ・ アルバイト ・ その他 ()	
雇用開始日又は雇用条件変更日	年 月 日	
業務内容		
就労日数	1ヵ月の就労日数 日	
労働時間	1ヵ月の労働時間 時間	
平時の給与(見込)額	・ 給与形態 <input type="checkbox"/> 時給 <input type="checkbox"/> 日給 <input type="checkbox"/> 月給 _____円 1ヵ月平均 _____円 ・ 交通費支給 <input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り (1ヵ月 _____円) ・ 1ヵ月あたり総支給額(交通費含む) _____円 ・ 給与締切日 _____日締 ・ 給与支払日 当月・翌月 _____日払 ※新型コロナウイルス感染症等の対応で一時的に増加した収入は含めないでください。 ※働き始めて実績がない方については見込の金額をご記入ください。	
平時の給与額と比較して一時的に収入が増えた理由	<input type="checkbox"/> 新型コロナウイルス感染症等の対応により一時的に収入が増加した <input type="checkbox"/> その他 ()	
賞与	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り (年 _____円)	
健康保険	<input type="checkbox"/> 加入している <input type="checkbox"/> 加入してない	
雇用保険	<input type="checkbox"/> 加入している <input type="checkbox"/> 加入してない	

※□には、いずれかに必ず✓(チェック)を入れてください

上記のとおり雇用していることを証明します。

年 月 日

被扶養者勤務先

所在地

名称

代表者名

電話番号

印

※店舗責任者・所属部門責任者の署名・押印でも可

※自筆の署名の場合は押印省略可