

調査専用

申請者記入欄

記号：

番号：

被保険者氏名：

退職証明書

氏名	
生年 月 日	年 月 日
退職 年 月 日	年 月 日
在職 期 間	年 月 日 ～ 年 月 日

上記のとおり当社を退職したことを証明します。

年 月 日

住 所

事 業 所 名

代 表 者 名

印

※店舗責任者・所属部門責任者等の署名・押印でも可
※自筆の署名の場合は押印省略可



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

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		
就労日数	1カ月の就労日数 日		
労働時間	1カ月の労働時間 時間		
給 与	・ 給与形態 ☐ 時給 ☐ 日給 ☐ 月給 _____円		
	1カ月平均 _____円		
	・ 交通費支給 ☐ 無し ☐ 有り (1カ月 _____円)		
	・ 1カ月あたり総支給額 (交通費含む) _____円		
	・ 給与締切日 _____日締		
	・ 給与支払日 当月・翌月 _____日払		
賞 与	☐ 無し ☐ 有り (年 _____円)		
健康保険	☐ 加入している ☐ 加入していない		
雇用保険	☐ 加入している ☐ 加入していない		

※☐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
所在地
名称
代表者名
電話番号
印



申請者記入欄	
記号:	番号:
被保険者氏名	

給与支払(見込)証明書

氏名	
雇用形態	パート・アルバイト・その他()
雇用開始年月日	年 月 日
給与締日・支払日	締日: 日、支払日: 当月 翌月 日

給与支払(見込)額 ※交通費を含む(税控除前)の総支給額をご記入ください

支払(見込)年月日	給与の額	賞与等の額	総支払額	摘要
年 月	円	円	円	
年 月	円	円	円	
年 月	円	円	円	
年 月	円	円	円	
年 月	円	円	円	
年 月	円	円	円	
年 月	円	円	円	
年 月	円	円	円	
年 月	円	円	円	
年 月	円	円	円	
年 月	円	円	円	
年 月	円	円	円	
合 計	円	円	円	

※支払額が見込の場合、摘要欄に「見込」と記入してください。
「見込」は調査時点より3ヵ月以内の働き出し等で、給与明細書が3ヵ月分発行されていない場合に記載してください。

上記のとおり証明します。

年 月 日

被
扶
養
者
勤
務
先
住 所
事業主名
代表者名

印

※店舗責任者・所属部門責任者等の署名・押印でも可
※自筆の署名の場合は押印省略可