

雇用証明書

氏名 _____ 生年月日 昭和 / 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

住所 _____

上記の者は当社において、平成 / 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日から1年間、臨時職員(パート・アルバイト)として雇用しており、**健康保険**及び**厚生年金**(又は共済組合)に加入しておりません。

・時給 _____円 もしくは 日給 _____円 もしくは 月給 _____円

・就労予定時間 _____時間/日

・就労予定日数 _____日/1ヶ月

・年間給与額 _____円

・交通費、その他手当金等 _____円

・年間見込総額 _____円

・雇用保険の加入状況 加入している / 加入していない

上記のとおり、証明いたします。

令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

住所

事業所名

代表者氏名

印

(ご記入時の留意点)

※期間は、雇用日から翌年雇用日までの1年間について、証明をお願いします。

※健康保険の被扶養者 収入条件は、年間 130万円未満(月額 108,334円未満、日額 3,611円以下)です。

(60歳以上は、年間 180万円未満(月額 150,000円未満、日額 4,999円以下)に読み替える。)