

# 雇用契約内容証明願

サクサ健康保険組合の被扶養者申請に使用するため、下記事項について証明をお願いいたします。

令和 年 月 日

申請者 \_\_\_\_\_

## 雇用契約内容証明書

氏名			生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日
契約期間	平成 年 月 日 ~ 令和 年 月 日						
保険加入 状況	健康保険加入 有・無			雇用保険加入 有・無			
就労状況	1日あたり所定勤務時間 時間						
	1ヵ月あたり所定勤務日数 日						
時給	円 残業・休日時			円			
手当	通勤手当 1ヵ月あたり 円			その他手当 1ヵ月あたり 円			
賞与	無・有 [有の場合:年 回 1回あたり約 円]						
特記事項							

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  
勤務先名称  
代表者氏名  
電話番号  
担当者

印