

雇用形態証明書

事業主記入欄	住 所				
	氏 名				
	雇用年月日	年	月	日	
	雇用形態	【雇用形態変更日: 年 月 日】			
	給与単金	1. 月額単金	円		
		1ヶ月就労日数			
		2. 日額単金	円 ×	日 =	円
	3. 時間単金	1日の就労時間		月平均労働日数	
		円 ×	時間 ×	日 =	円
	時間外労働	有 ・ 無			
休日労働	有 ・ 無				
月通勤費	円				
賞 与	円				

※今まで健康保険の資格を有していた場合は、健康保険資格喪失証明書を添付のこと。

◎通勤費を含め、12ヶ月の平均月収の実績が108,333/月(130万円÷12)を超えないよう勤務させることとします。
上記のとおりであることを証明します。

年 月 日

事業主住所

事業主名

代表者名

⑩

電話番号 () -

《給与実績が3ヶ月未満の場合》

雇用形態証明書

事業主記入欄	住 所	千代田区内神田3-6-2		
	氏 名	健保 花子		
	雇用年月日	平成 20 年 4 月 1 日		
	雇用形態	【雇用形態変更日:平成 26 年 7 月 1 日】		
	給 与 単 金	1. 月額単金	円	
		2. 日額単金	円 ×	1ヶ月就労日数 日 = 円
		3. 時間単金	700 円 ×	1日の就労時間 7 時間 × 月平均労働日数 20 日 = 98,000 円
	時間外労働	有 ・ 無		
休日労働	有 ・ 無			
月通勤費	3,000 円			
賞 与	0 円			

※今まで健康保険の資格を有していた場合は、健康保険資格喪失証明書を添付のこと。

◎通勤費を含め、12ヶ月の平均月収の実績が108,333/月(130万円÷12)を超えないよう勤務させることとします。
上記のとおりであることを証明します。

平成 26 年 7 月 10 日

事業主住所 東京都新宿区西新宿3丁目19番地2号

事業主名 基金商事株式会社

代表者名 基金 太郎



電話番号 (03) 1234 - 5678