

# 雇用形態及支払証明書

## ■1ページ目:記入例

※記入の際に参照ください

## ■2ページ目:原版

※A4サイズでプリントアウトしてください

## 記入上のご注意

1. 記入した内容(記号・番号、生年月日、など)が正しいか確認してください。
2. 記入モレ・押印忘れが無いか確認してください。

## お問い合わせ先・提出先

- ・お問い合わせは各事業所(会社)の申請窓口へご連絡してください。
- ・各事業所(会社)の申請窓口は、  
ワールド健康保険組合ホームページ→「届出・申請について」→「会社別届出一覧表」にてご確認いただけます。

# 雇用形態及支払証明書

ワールド健康保険組合

記入例

被雇用者	氏名	健保 花子
	生年月日	昭和63年 4 月 10 日

雇用の種類	・ <b>パート</b> ・ 日々雇用 ・ その他 ( )		
雇用期間	雇用開始日	令和 <b>元</b> 年 <b>5</b> 月 <b>20</b> 日	
	当該雇用形態における雇用期間	自 令和 <b>元</b> 年 <b>5</b> 月 <b>20</b> 日 至 令和 <b>2</b> 年 <b>5</b> 月 <b>19</b> 日	
	退職年月日	年 月 日	
勤務時間	(始業) <b>9</b> 時 <b>00</b> 分 ~ (終業) <b>18</b> 時 <b>00</b> 分		
	実労働時間	<b>8</b> 時間 <b>00</b> 分	
	週労働日数	<b>5</b> 日	月労働日数 <b>20</b> 日
休日	定休日	<b>土・日</b> 曜日	契約休日 <b>無し</b> 曜日
	その他休日	( <b>無し</b> )	祝日出勤 有 <b>無</b>
給与	基本(月・日・時間)給	<b>800</b> 円 (月給・日給・時間給)	
	賞与等の支給	有( <b>無</b> ) 円	通勤手当 有( <b>無</b> ) 円
社会保険の有無	健康保険加入の有無	加入	・ <b>未加入</b>
	雇用保険加入の有無	加入	・ <b>未加入</b>
	給与支払額(賞与・通勤手当等含む)		給与支払額(賞与・通勤手当等含む)
令和 元年 3月	<b>44,800</b> 円	令和 元年 9月	<b>128,000</b> 円
令和 元年 4月	<b>72,000</b> 円	令和 元年 10月	(見込み) <b>128,000</b> 円
令和 元年 5月	<b>128,000</b> 円	令和 元年 11月	(見込み) <b>128,000</b> 円
令和 元年 6月	<b>128,000</b> 円	令和 元年 12月	(見込み) <b>128,000</b> 円
令和 元年 7月	<b>128,000</b> 円	令和 2年 1月	(見込み) <b>128,000</b> 円
令和 元年 8月	<b>128,000</b> 円	令和 2年 3月	(見込み) <b>128,000</b> 円
	年間給与支払合計		<b>1,396,800</b> 円

上記のとおり相違ないことを証明します。

令和 **元** 年 **10** 月 **10** 日

雇用主 住所 **〇〇市〇〇区△△**

名称 **(株)〇〇〇〇〇**

雇用されている会社の署名・押印(社印可)が必要です

年収の把握が必要なため  
当月以降の見込み額も  
記入してください

〇〇  
〇印

## 【個人情報のお取り扱いについて】

ご記入頂いた個人情報は、被雇用者の同意を得て扶養審査の目的で収集するものであり、目的以外での利用または第三者への提供は行いません。個人情報についてのお問い合わせは、ワールド健康保険組合 個人情報相談窓口 TEL078-302-8185まで

# 雇用形態及支払証明書

ワールド健康保険組合

被雇用者	氏名	
	生年月日	年 月 日

雇用の種類	・ パート                      ・ 日々雇用                      ・ その他 (                      )			
雇用期間	雇用開始日	令和	年	月 日
	当該雇用形態における雇用期間	自 令和	年	月 日
	退職年月日	至 令和	年	月 日
勤務時間	(始業)	時 分	～	(終業) 時 分
	実労働時間	時間 分		
	週労働日数	日	月労働日数	日
休日	定休日	曜日	契約休日	曜日
	その他休日	(                      )	祝日出勤	有 ・ 無
給与	基本(月・日・時間)給	円 ( 月給 ・ 日給 ・ 時間給 )		
	賞与等の支給	有(                      円 ) ・ 無	通勤手当	有(                      円 ) ・ 無
社会保険の有無	健康保険加入の有無	加入	・	未加入
	雇用保険加入の有無	加入	・	未加入
	給与支払額(賞与・通勤手当等含む)			給与支払額(賞与・通勤手当等含む)
年 月	円	年 月		円
年 月	円	年 月		円
年 月	円	年 月		円
年 月	円	年 月		円
年 月	円	年 月		円
年 月	円	年 月		円
		年間給与支払合計		円

上記のとおり相違ないことを証明します。

令和 年 月 日

雇用主 住所

名称

印

-----

### 【個人情報のお取り扱いについて】

ご記入頂いた個人情報は、被雇用者の同意を得て扶養審査の目的で収集するものであり、目的以外での利用または第三者への提供は行いません。個人情報についてのお問い合わせは、ワールド健康保険組合 個人情報相談窓口 TEL078-302-8185まで