

雇用証明書

(新規認定用)

従業員氏名		就職日	年 月 日	退職日	※すでに退職された方のみご記入ください。 令和 年 月 日	
雇用形態	種 別	1日の勤務時間	1週間の勤務日数	※特別な勤務条件等がある場合はこの欄に記入してください。		
	1 フルタイム社員	1日 ()時間	週 ()日			
	2 パートタイム社員	1日平均()時間	週平均()日			
	3 季節的事業の雇用者	1日平均()時間	週平均()日			
	4 臨時的事業の雇用者	1日平均()時間	週平均()日			
	5 その他()	1日平均()時間	週平均()日			
雇用契約内容	契約期間	年 ヶ月	社会保険の有無	健康保険	有 ・ 無	
	更新の有無	有 ・ 無		雇用保険	有 ・ 無	
給料支払形態及び金額	1 時給 ()円	固定賞与	支給の有無	有 ・ 無		
	2 日給 ()円			支給年額 (有の場合に限る)	円	
	3 月給 ()円				※賞与の固定給がある場合は「有」を、ない場合は「無」を○で囲んでください。	
賃金支給実績	給料(過去1年分)		賞与(過去2年分)		※この欄は記入不要です 共済組合使用欄	
	支払年月	給与月額(注)	支払年月	賞与額		月判定 ～月 合計額 D A・ 12) E (D÷3)+E
	年 月	円	年 月	円		
	年 月	円	年 月	円		円
	年 月	円	年 月	円		円
	年 月	円	年 月	円		円
	年 月	円	小計 A	円		円
	年 月	円	小計 B	円		円
	年 月	円	小計 C	円		円
	年 月	円	(注) 給与月額欄は、通勤手当等の諸手当を含む税込みの支給総額をご記入ください。			円
	年 月	円				円
	年 月	円				円
	年 月	円				円
	年 月	円				円
合計 Z	円	※小計、合計欄は記入不要です。		円		
上記のとおり証明します。						
令和 年 月 日						
住 所						
事業所名						
事業主 代表者名						
電話番号						
印						

※ 付番項目については、該当する番号を○で囲み、必要事項をご記入ください。

※ この証明書の記載要領に関するお問合せ先

〔 熊本県市町村職員共済組合福祉課直通 TEL 096-368-0901 〕