

雇用契約調査票・年間収入（見込）額証明書

従業員氏名		生年月日	年 月 日
雇用形態	社員・契約社員・派遣社員・パート・アルバイト・その他（ ）		
雇用開始日	年 月 日		
期間採用の場合	年 月 日 ～ 年 月 日（更新の 有・無）		
就労日数	1 月 日 （一般社員 1 月 日）		
就労時間	1 週 時間 （一般社員 1 週 時間）		
賃金	日給（ 円）・時給（ 円）		

給与支給状況

対象月		出勤日数	勤務時間	支 払	総支給額	交通費（再掲）
年	月	日	時間	実績・見込	円	円
	月	日	時間	実績・見込	円	円
	月	日	時間	実績・見込	円	円
	月	日	時間	実績・見込	円	円
	月	日	時間	実績・見込	円	円
	月	日	時間	実績・見込	円	円
	月	日	時間	実績・見込	円	円
	月	日	時間	実績・見込	円	円
	月	日	時間	実績・見込	円	円
	月	日	時間	実績・見込	円	円
	月	日	時間	実績・見込	円	円
	月	日	時間	実績・見込	円	円
	月	日	時間	実績・見込	円	円
	月	日	時間	実績・見込	円	円
	月	日	時間	実績・見込	円	円
合 計					円	円

〔雇用保険加入の有無〕 有 ・ 無（加入年月日 年 月 日）

＊直近 1 年間の給与支給状況を記入して下さい。ただし雇用開始 1 年未満の方は雇用された月から 1 年間の給与支給状況（見込額含む）を記入して下さい。

＊総支給額には、交通費も含みます。

上記事項について、事実と相違ないことを証明いたします。

年 月 日

事業所所在地	印
事業所名称	
事業主名	
電話番号	

（ご担当者様 ）

本件に関する問い合わせ先

埼玉県金属加工健康保険組合 TEL 048-665-8226