

雇用証明書

住 所 _____

氏 名 _____ 男・女 _____

生年月日 昭・平 年 月 日 生 _____

令和 年 月 日

■職種
上記の者は、当社(当方)が _____ として雇用していることを証明いたします。

■事業主の宮建国保加入の有無(有・無)

■事業主の被保険者証記号番号(宮建 A)

■給与形態 日給 月給 日給月給

■事業所の常勤の従業員数 _____ 人

■雇用期間 (適用除外承認申請をして新加入する場合は、「適用除外を受けようとする年月日」を記入してください。)

令和 年 月 日 ~ 現在

1週間の所定労働時間 _____ 時間

1ヶ月の所定労働日数 _____ 日

■事業所の所在地 〒 _____

■商号及び代表者名 _____ 印

■電話番号 _____

事業所が法人等であるときは、必ず健康保険・厚生年金被保険者標準報酬決定通知書を添付してください。

事業主の
皆さまへ
のお願い

■の項目をもれなく記入してください。印鑑等は原則として社判・代表者印(個人は実印)を使用して下さい。

事業主が建設国保の組合員でない場合は、次のいずれか一つを添付して下さい。

- ・事業所の建設業許可通知書
- ・事業所の労働保険保険料申告書の控え または 労災保険加入証明書

※法人等とは、法人事業所と従業員が5人以上の個人事業所です。

法人・個人事業所に常勤雇用されている方