

雇用内容調査票

被雇用者	氏名		生年月日	年 月 日
雇用期間	年 月 日から		年 月 日	
契約変更日	年 月 日より契約変更			
労働時間 労働日数	勤務時間 _____ 時 分 ~ _____ 時 分 _____ 時 分 ~ _____ 時 分 1日の労働時間 _____ 時間 1週間の労働時間 _____ 時間 1ヶ月の勤務日数 _____ 日勤務			
給与	時給 ・ 日給 ・ 月給 _____ 円			
賞与	無 ・ 有 (年 _____ 回 / 各 _____ 円)			
通勤手当	無 ・ 有 (月 _____ 円)			
その他手当	無 ・ 有 (月 _____ 円)			
年間見込額	_____ 円 (1月から12月)			
保 険	健康保険	加入 ・ 未加入	雇用保険	加入 ・ 未加入
上記雇用内容について証明いたします _____ 年 _____ 月 _____ 日 所在地 _____ 会社名 _____ 代表者氏名 _____ 印 電話番号 _____				

※ 被扶養者の勤務先で証明をもらって下さい。

※ 提出先 京阪グループ健康保険組合

202008