

見 本

雇用内容調査票

勤務先に
書いてもらう

被雇用者	氏名	健保 みどり		生年月日	S50年12月12日
雇用期間	2020年 8月 1日から 2021年 7月 31日 (延長あり)				
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 <u>9時30分</u> ~ <u>12時30分</u> _____ 時 分 ~ _____ 時 分 1日の労働時間 _____ 3時間 1週間の労働時間 _____ 15時間 1ヶ月の勤務日数 _____ 20日勤務				
給与	<input checked="" type="radio"/> 時給 ・ 日給 ・ 月給 _____ 1000円				
賞与	無 ・ <input checked="" type="radio"/> 有 (年 <u>2</u> 回 / 各 <u>30,000</u> 円)				
通勤手当	無 ・ <input checked="" type="radio"/> 有 (月 <u>10,000</u> 円)				
その他手当	<input checked="" type="radio"/> 無 ・ 有 (月_____円)				
年間見込額	_____ 900,000 円 (1月から12月)				
保 険	健康保険	加入 ・ <input checked="" type="radio"/> 未加入	雇用保険	加入 ・ <input checked="" type="radio"/> 未加入	
上記雇用内容について証明いたします					
2020年 8月 1日					
所在地 福岡県福岡市博多区良塚4-8-5					
会社名 九州商事株式会社					
代表者氏名 福岡 大吉					
電話番号 012-485-0200					

※ 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