

就 労 状 況 申 立 書

被 保 険 者 情 報	被 保 険 者 記 号	番 号	個人番号（マイナンバー）記号・番号がわからない場合はマイナンバーを記入																					
	フリガナ	フリガナ											事業 所 名	事業所名										
被 扶 養 者 情 報	氏 名	フリガナ											生 年 月 日	年			月			日				
	フリガナ	フリガナ											<input type="checkbox"/> 昭和				<input type="checkbox"/> 平成				<input type="checkbox"/> 令和			
勤 務 先	名 称	勤務先											住 所	住所										

【下記枠内は申請被扶養者の事業主（勤務先）記入欄】

事 業 主 記 入 欄	入 社 日	年				月		契 約 変 更 日	年				月		日				
	契 約 期 間	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	☑有の場合は契 約期間を記入		契 約 期 間		年		月		日		～	年		月		日	
	勞 働 時 間	時間/日				時間/週				1か月の 労働日数		日/月							
	勤 務 形 態	<input type="checkbox"/> 時給	円				賞 与	<input type="checkbox"/> 有	回支給/年				<input type="checkbox"/> 無	円/年					
		<input type="checkbox"/> 日給	円																
		<input type="checkbox"/> 交通費	円/日																
	1か月の労働時間が通 常勤務者の3/4（※1）	<input type="checkbox"/> 未 満 <input type="checkbox"/> 以 上		特定適用事業所に 該当（※2）				<input type="checkbox"/> しま す <input type="checkbox"/> しま せん		短時間労働者に該当				<input type="checkbox"/> しま す <input type="checkbox"/> しま せん					
社 会 保 険 の 加 入	健康保険・厚生年金				雇 用 保 険														
	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無																
健康保険の加入要件を 満たしているが加入で きない理由	（※1）☑以上、（※2）「短時間労働者に該当☑します」であり、健康保険等加入☑無」の場合、理由をご記入ください																		
上記のとおり、相違ないことを証明いたします																			
年 月 日																			
事業所所在地																			
事業所名称																			
事業主氏名																			
連絡先電話																			
担当者																			