

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											
	1 0 0	5 0 0												
氏 名	フリガナ ケンポ タロウ	事業所名												
	健保 太郎	(株)タムラ製作所 ○○○事業所												
被 扶 養 者 情 報	氏 名	フリガナ ケンポ ハナコ	生 年 月 日	年		月		日						
	健保 花子		<input type="checkbox"/> 昭和 <input checked="" type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	5	1	0	2	5						
勤 務 先	名 称	久留米製作所(株)		勤 務 先 住 所	東京都東久留米市久留米1-1-1									

【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	令和2 年 4 月		契 約 変 更 日	令和○年 10 月 1 日		
	契 約 期 間	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有の場合は契 約期間を記入	契 約 期 間	令和○年 10 月 1 日～ 令和○年 3 月 31 日		
	労 働 時 間	4 時間/日		16 時間/週	1か月の 労働日数	18 日/月	
	勤 務 形 態	<input checked="" type="checkbox"/> 時給 1,300 円 <input type="checkbox"/> 日給 _____ 円 <input type="checkbox"/> 交通費 _____ 円/日	賞 与	<input checked="" type="checkbox"/> 有 { 2 回支給/年 _____ 円/年 <input type="checkbox"/> 無			
	1か月の労働時間が通常勤務者の3/4（※1）	<input checked="" type="checkbox"/> 未 満 <input type="checkbox"/> 以上	特定適用事業所に 該当（※2）	<input checked="" 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 checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" 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） <input checked="" type="checkbox"/> 以上、（※2）「短時間労働者に該当 <input checked="" type="checkbox"/> します」であり、健康保険等加入 <input checked="" type="checkbox"/> 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							
				令和○年 11 月 1 日			
事 業 所 所 在 地		東京都東久留米市久留米1-1-1					
事 業 所 名 称		久留米製作所 株式会社					
事 業 主 氏 名		代表取締役 増田 克典					
連 絡 先 電 話		042-474-0000					
担 当 者		増田 文也					