

古河健康保険組合 殿

証 明 書

パート等短時間労働雇用契約に基づき、下記のとおり証明いたします。

記

氏 名	
時 給	円
賞与・期末手当等	(年間) 円
その他手当 (通勤手当は除く)	(月額) 円
年 間 総 収 入	円
1 週 間 の 労 働 時 間	時間
1 ヶ 月 の 労 働 日 数	日
健康保険加入状況	加入 未加入
契 約 期 間	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日
契約期間更新の可否	可 不可
特 定 適 用 事 業 所	該当 非該当

同一の事業所に使用される通常の労働者の状況

1 週 間 の 労 働 時 間	時間
1 ヶ 月 の 労 働 日 数	日

令和 年 月 日

住 所
事業主 会 社 名
代表者氏名
電 話 ()