

雇用証明書

記入日： 年 月 日

被雇用者名 (従業員名)		事業所所在地	
生年月日	年 月 日	事業所名称	
		事業所代表者名	

年 月 日現在、下記の労働条件で雇用していることを証明します。

契約期間	<input type="checkbox"/> 期間の定めなし	<input type="checkbox"/> 期間の定めあり (年 月 日 ~ 年 月 日)
就業の場所		従事すべき業務内容
勤務体制	<input type="checkbox"/> 固定時間勤務制 (始業 時 分 ~ 終業 時 分)	
	<input type="checkbox"/> 変動労働時間制 ※労働条件通知書 (または雇用契約書) とシフト表もご提出ください	
休日	<input type="checkbox"/> 定休日: 毎週 曜日、国民の祝日、その他	
	<input type="checkbox"/> 非定休日: 週、月あたり 日、その他 ()	
	<input type="checkbox"/> 1年単位の变形労働時間制の場合: 年間 日 ※会社カレンダーがある場合は、そちらも提出してください	
賃金	1.基本賃金	<input type="checkbox"/> 月給 (円) <input type="checkbox"/> 日給 (円)
		<input type="checkbox"/> 時給 (円) <input type="checkbox"/> 出来高給 (基本単価 円、保証給 円)
		<input type="checkbox"/> その他 (円) <input type="checkbox"/> 就業規則に規定されている賃金等級等 (円)
	2.諸手当	・ 交通費支給: <input type="checkbox"/> あり (円) <input type="checkbox"/> なし
	・ その他の手当支給: <input type="checkbox"/> あり (手当: 円) <input type="checkbox"/> なし	
	3.賞与支給	<input type="checkbox"/> あり (年 回) <input type="checkbox"/> なし
	4.昇給	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
その他	・健康保険の加入状況: <input type="checkbox"/> 加入 <input type="checkbox"/> 未加入	・雇用保険の適用: <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし

◆今後1年間の収入見込み額をご記入ください ※健康保険上の収入として控除前の金額が収入となります。

支払年月	①給与支払見込額	②交通費	③その他手当	④賞与支払予定額	①~④の合計
年 月	円	円	円	円	円
年 月	円	円	円	円	円
年 月	円	円	円	円	円
年 月	円	円	円	円	円
年 月	円	円	円	円	円
年 月	円	円	円	円	円
年 月	円	円	円	円	円
年 月	円	円	円	円	円
年 月	円	円	円	円	円
年 月	円	円	円	円	円
年 月	円	円	円	円	円
年 月	円	円	円	円	円
合計	円	円	円	円	円

※ 未記入箇所があり審査ができない場合は、追記、または別途書類提出を依頼する場合があります。