

青文字の部分をご記入、捺印ください。
A4サイズの内紙で印刷してください。

給 与 証 明 書

1. 住 所 ×××市×××〇丁目〇番地

2. 氏 名 国保組合 なな

3. 生年月日 昭和・平成 59年 1月 1日

4. 採用年月日 令和 元年 4月 1日

5. 職 種

(該当番号に〇印を付けてください)

「注」加入できる方は、歯科医療従事者と規定されています。

(1) 歯科医師 (2) 歯科衛生士 (3) 歯科技工士 (4) 歯科助手

(5) 受付事務 (6) その他 (

() 内は、詳細に記入ください。

6. 雇用形態

(該当番号に〇印を付けてください)

(1) 常勤 (2) パート等 (常勤従業員の3/4以上勤務) ※

(3) パート等 (常勤従業員の3/4未満勤務) ※

(4) 家族従業員 (5) その他 ()

() 内は、詳細に記入ください。

※上記(2)、(3)の方のみ記入ください。

雇用形態で
(2)、(3)の場
合はご記入く
ださい。
緑文字の部分
はその場合の

就業時間	<u>午前</u> ・午後 <u>9</u> 時 <u>00</u> 分～午前・ <u>午後</u> <u>7</u> 時 <u>00</u> 分まで (実質労働時間 <u>4</u> 時間 分 / 週平均 <u>12</u> 時間)
勤務日数	毎月 <u>12</u> 日間 ・ 毎週 <u>3</u> 日間
一般職員の 就業時間及 び勤務日数	<u>午前</u> ・午後 <u>9</u> 時 <u>00</u> 分～午前・ <u>午後</u> <u>7</u> 時 <u>00</u> 分まで (実質労働時間 <u>8</u> 時間 分 / 週平均 <u>40</u> 時間)
	毎月 <u>20</u> 日間 ・ 毎週 <u>5</u> 日間

7. 給 与 (月 額) 150,000 円

上記のとおり証明します。

令和 元年 5月 1日

診療所住所 ×××市×××〇〇〇〇番

歯科医院名 太郎歯科医院

診療所院長名 歯科医師 太郎

医
歯
科

【HP/2019.5】

青文字の部分をご記入、捺印ください。
A4サイズの内紙で印刷してください。

雇 用 証 明 書

1. 住 所 ×××市×××○丁目○番地

2. 氏 名 国保組合 なな

3. 生年月日 昭和・平成 59年 1月 1日

4. 採用年月日 令和 元年 4月 1日

5. 職 種

(該当番号に○印を付けてください)

「注」加入できる方は、歯科医療従事者と規定されています。

(1) 歯科医師 (2) 歯科衛生士 (3) 歯科技工士 (4) 歯科助手

(5) 受付事務 (6) その他 (

() 内は、詳細に記入ください。

6. 雇用形態

(該当番号に○印を付けてください)

(1) 常勤 (2) パート等 (常勤従業員の3/4以上勤務) ※

(3) パート等 (常勤従業員の3/4未満勤務) ※

(4) 家族従業員 (5) その他 (

() 内は、詳細に記入ください。

※上記(2)、(3)の方のみ記入ください。

雇用形態で
(2)、(3)の場
合はご記入く
ださい。
緑文字の部分
はその場合の

就業時間	<u>午前</u> ・午後 9 時 00 分～午前・ <u>午後</u> 1 時 00 分まで (実質労働時間 4 時間 分 / 週平均 12 時間)
勤務日数	毎月 <u>12</u> 日間 ・ 毎週 <u>3</u> 日間
一般職員の 就業時間及 び勤務日数	<u>午前</u> ・午後 9 時 00 分～午前・ <u>午後</u> 7 時 00 分まで (実質労働時間 8 時間 分 / 週平均 40 時間)
	毎月 <u>20</u> 日間 ・ 毎週 <u>5</u> 日間

上記のとおり証明します。

令和 元年 5月 1日

診療所住所 ×××市×××○○○○番

歯科医院名 太郎歯科医院

診療所院長名 歯科医師 太郎

医
歯
科

【HP/2019.5】