愛知県農協健康保険組合理事長　殿

雇　用　契　約　証　明　書

氏名	(ﾌﾘｶﾞﾅ)	生年月日	元号　年　月　日
住所	(〒　　－　　)		

※上記の者について下記の事項の証明をお願いいたします。

契約期間	元号　年　月　日　から　元号　年　月　日　まで　更新の有無　□ 有　□ 無
退職日	元号　年　月　日
業務内容	
始業・終業時刻・休憩時間	時　分　から　時　分　まで　実働　時間　分　休憩時間　分
休日	
賃金	時給　円　日給　円　その他手当　円 1か月平均　円　賞与　□ 有　円/年　□ 無
雇用保険加入状況	□ 一般被保険者　□ 短時間労働被保険者等　□ 雇用保険未加入

事業所証明欄	上記のとおり相違ありません。 年　月　日 〒　－ 事業所所在地 事業所名称 事業主氏名　電話番号　(　　)