

愛知県農協健康保険組合理事長 殿

雇用契約証明書

氏名	(フリガナ) ケンポ ハナコ 健保 花子	生年月日	元号 昭和 47 1 1 22 年 月 日
住所	(〒 000 - 0000) 〇〇県〇〇〇市〇〇〇町1丁目123番地 〇〇〇マンション201号室		

※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 令和 03 04 01 年 月 日	から	元号 令和 04 03 31 年 月 日	まで	更新の有無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
退職日	元号 年 月 日				
業務内容	商品の受発注業務				
始業・終業時刻 ・休憩時間	時 分 09 00	から	時 分 15 00	まで	実働 時間 分 05 00 休憩時間 分 60
休日	月・土・日・祝日				
賃金	時給 1,000 円	日給 円	その他手当 4,000 円		
	1か月平均 84,000 円	賞与 <input type="checkbox"/> 有	円/年 <input checked="" type="checkbox"/> 無		
雇用保険加入状況	<input type="checkbox"/> 一般被保険者 <input checked="" type="checkbox"/> 短時間労働被保険者等 <input type="checkbox"/> 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。	令和 3 年 4 月 1 日
	〒 000 - 0000	
	事業所所在地 〇〇県〇〇市〇〇町2丁目123番地	
	事業所名称 株式会社 〇〇〇工業	
事業主氏名 代表取締役社長 〇〇〇 〇〇	電話番号 000 (000) 0000	