

# 雇 用 証 明 書

様式 I

1. 氏 名 \_\_\_\_\_ (西暦\_\_\_\_\_年 \_\_\_\_月 \_\_\_\_日生)

2. 雇用条件

- ① 雇用形態 [ 臨時・パート・アルバイト・その他( ) ]
- ② 採用年月日 [ 西暦\_\_\_\_\_年 \_\_\_\_月 \_\_\_\_日・雇用期限 無・有 (西暦\_\_\_\_\_年 \_\_\_\_月 \_\_\_\_日) ]
- ③ 勤務等日数・時間 [ 1日 \_\_\_\_\_ 時間 / 週・月 \_\_\_\_\_日勤務 ]
- ④ 給料・賃金等 [ 月給・日給・時間給 \_\_\_\_\_ 円 ]
- ⑤ 健康保険加入 [ 無・有 (西暦\_\_\_\_\_年 \_\_\_\_月 \_\_\_\_日から加入) ]
- ⑥ 雇用保険加入 [ 無・有 ]
- ⑦ 給与等支払状況 [ 毎月\_\_\_\_\_日締め / 当月・翌月 \_\_\_\_\_日払い ]

3. 給与等支払実績 (※下記期間内において、中途の採用の場合は採用月分から現在までを記入)

支給年月	支給総額(円)	支給年月	支給総額(円)	その他の手当
2020年 9月		2021年 3月		[ 無・有 ]
2020年 10月		2021年 4月		(有の場合は以下を記入)
2020年 11月		2021年 5月		_____手当
2020年 12月		2021年 6月		月額 _____円
2021年 1月		2021年 7月		_____手当
2021年 2月		2021年 8月		月額 _____円

4. 賞与の支払 [ 無・有 (支給月: \_\_\_\_\_ 月, \_\_\_\_\_ 月, \_\_\_\_\_ 月) ]

支給年月	支給総額(円)	支給年月	支給総額(円)	支給年月	支給総額(円)
年 月		年 月		年 月	

5. 年間総支払見込額 (賞与含む) (2021年9月～2022年8月) \_\_\_\_\_ 円

上記のとおり、相違ないことを証明いたします。

西暦 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

所 在 地

名 称

事業主等氏名

(印)

電 話

被扶養者の雇用証明書の発行について(依頼)

前略 時下ますますご清祥のこととお喜び申し上げます。

文部科学省共済組合では、被扶養者を有する職員に対し、「被扶養者の要件確認」を実施しております。

標記の件につきまして、貴社に勤務されております、当支部組合員の被扶養者にかかる収入の確認のため、証明書の発行をお願いいたします。

(当支部への「雇用証明書」の提出期限は2021年9月22日(水)としております。)

ご多用中恐縮ですが、下記の【記入上の留意点】をご参照のうえ、「雇用証明書」にご記入及び証明をいただきますよう、よろしくをお願いいたします。

【記入上の留意点】

1. 氏名 … 当該社員(職員)の氏名・生年月日をご記入ください。
2. 雇用条件
  - ① 雇用形態 … いずれかを○で囲んでください。
  - ② 採用年月日 … 雇用を開始した年月日、雇用期限の有無(有の場合はその期限の年月日)をご記入下さい。
  - ③ 勤務等日数・時間 … 1日あたりの勤務時間及び週または月あたりの日数をご記入ください。
  - ④ 給料・賃金等 … 該当する支払形態を○で囲み、金額をご記入ください。
  - ⑤ 健康保険加入 ⑥ 雇用保険加入 … いずれかを○で囲んでください。
  - ⑦ 給与等支払状況 … 該当する箇所を○で囲み、日付をご記入ください。
3. 給与等支払実績
  - 2020年9月～2021年8月までの給与支払状況について、「総支給額」(通勤手当・税すべて含む額)を月毎にご記入ください。また、給与のほかに手当等がある場合はその金額を記してください。
  - 当該社員が期間の途中で採用された場合は採用月分以降の実績をご記入ください。
4. 賞与の支払 … 有無のいずれかを○で囲んでください。
  - 有の場合はその支給月を記し、2020年9月～2021年8月中の支払状況についてご記入ください。
5. 年間総支払見込み額(賞与含む)
  - 1年間に当該社員に対して支払うと見込まれる金額をご記入ください。この「1年間」とは暦年(1月～12月)や年度(4月～3月)である必要はありません。年度中途から雇用契約期間が開始した場合などは、その月から1年間の見込額をご記入ください。

※ 文部科学省共済組合では、年額130万円以上(月額108,334円)の恒常的収入があると見込まれる者については、被扶養者として認められていません。ただし、60歳以上の年金受給者、60歳未満であっても「障害年金」を受ける者に限り、収入が年額180万未満の場合に被扶養者と認められています。

ご記入に関し、ご不明な点がございましたら、下記までお問合せ願います。

なお、ご記入いただきました内容につきましてお問い合わせさせていただく場合がございます。

《東京医科歯科大学人事労務課給与・福利厚生係》

TEL: 03-5803-5043/4533