

雇用証明書

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 勤務等時間・日数 [1日____時間 / 週・月____日勤務]

④ 給与・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	総支給額(円)	支給年月	総支給額(円)	その他の手当
2023年9月		2024年3月		[無・有]
2023年10月		2024年4月		(有の場合は以下を記入)
2023年11月		2024年5月		_____手当
2023年12月		2024年6月		月額 _____円
2024年1月		2024年7月		_____手当
2024年2月		2024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) (2024年9月～2025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発行のお願い

謹啓 納涼の候、貴社におかれましてはますますご清祥のことと喜び申し上げます。

文部科学省共済組合では、保険給付適正の観点から被扶養者を有する組合員に対し「被扶養者の要件確認」を毎年実施しております。

つきましては、ご多用中大変恐縮ですが、被扶養者の収入確認のため「雇用証明書」の発行をお願い申し上げます。

謹白

【記入上の留意点】

1. 氏名：当該職員の氏名・生年月日をご記入ください。

2. 雇用条件

①雇用形態：いずれかに○をつけてください。

②採用年月日：雇用を開始した年月日、雇用期限の有無のいずれかに○をつけてください。

有の場合は期限となる年月日をご記入下さい。

③勤務等時間・日数：1日あたりの勤務時間および週または月あたりの勤務日数をご記入ください。

④給与・賃金等：いずれかに○をつけ、金額をご記入ください。

⑤健康保険加入：いずれかに○をつけ、健康保険資格取得日をご記入ください。

⑥雇用保険加入：いずれかに○をつけてください。

⑦給与等支払状況：いずれかに○をつけ、日付をご記入ください。

3. 給与等支払実績

・2023年9月～2024年8月の期間の給与等支払状況について、「総支給額」（通勤手当含む・税引前の金額）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もご記入ください。

・当該職員が上記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：有無のいずれかに○をつけてください。

有の場合はその支給月と、2023年9月～2024年8月の期間の支払状況についてご記入ください。

5. 年間総支払見込額（賞与含む）

2024年9月～2025年8月の期間に当該職員に対して支払うと見込まれる金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円以上）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受給者は、収入基準を年額180万円未満（月額15万円未満）としています。

ご不明点は下記までお問合せください。

また、恐縮ですが、記載内容につきまして確認させていただくことがございます。

《東京医科歯科大学 人事労務課共済係》

TEL：03-5803-5043

MAIL：kyosai.adm@tmd.ac.jp