**勤 務 条 件 等 に 関 す る 証 明 願**

年 月 日

様

（願出人） 住 所

氏 名



（生年月日　　 年 月 日）

続 柄

下記のことについて（ ） の勤務先である福岡市役所（福岡市職 員共済組合）に提出する必要がありますので、証明願います。

記

|  |  |
| --- | --- |
| 雇 用 期 間 | 年 月 日 ～ 　　 年 月 日 まで  雇用期限の定め 有 ・ 無 |
| 雇 用 区 分 | (1)正規職員 (2)臨時職員 (3)パート (4)その他（ ) |
| 給　与　区　分 | (1)月給制　　　　　　　円/月 (2)日給制　　　　　　　　円/日  (3)時給制　　　　　　　円/時 (4)歩合制　　　　　　　　円 |
| 月の勤務日 数 | 日 |
| １日の勤務時間 | 時間 |
| 賞 与 の 有 無 | (1)有 円／年 (2)無 |
| 交通費の有 無 | (1)有 円／月 (2)無 |
| その他の手 当 | (1)有 円／月 (2)無  （手当名称： ） |
| 給与の支払 日 | 毎月 日支払 （ 日締め） |

**採用にあたり上記のとおり雇用契約を締結したことを証明する。**

年　　月　　日

# （事業主）住所

印

氏名

（本申請書の利用目的）

共済組合の被扶養者としての要件を満たしているかどうか確認するため、利用します。