**勤 務 条 件 等 変 更 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

|  |  |
| --- | --- |
| 勤務条件変更日 | 年 月 日から |
| 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） |

**勤務条件変更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。