別紙様式2

雇用証明書

※被扶養者の方は、下記A～Gの全項目について給与支払者の証明を受けてください。

【給与支払者】
令和　年　月　日（証明日）　本書の記載事項は、事実に相違ありません。
住　所
事業所名
代表者氏名　印
電話番号

問い合わせ先
群馬県市町村職員共済組合保健課
☎０２７－２９０－１３５７

A　被雇用者氏名

B　雇用開始日　平成／令和　年　月　日

C　下記の契約条件（F）の開始日　平成／令和　年　月　日　～　令和　年　月　日

D　雇用保険の加入状況　無　・　有

E　事業所での健康保険の加入状況　無　・　有　有の場合 ⇒ 健康保険適用開始日　令和　年　月　日

健康保険に加入した場合 ➡ **本組合の組合員は、被扶養者の取消申告が必要です。**

※給与支払者の方は、Ａ～Ｇすべての項目について記入し証明欄に証明の上、依頼のあった被雇用者（Ａ）に交付してください。

F　契約条件（次の１～３の該当する番号に〇を付けて、当該欄の金額等を全て記入してください。）

賃金算定方法				
	1	月給制	（月給　円＋諸手当（通勤費等）の月額　円）×12月＋年間賞与　円＝	年間給与　円
	2	時給制	平日（時給　円×月の平均勤務時間　時間＋諸手当（通勤費等）の月額　円）×12月 土・日（時給　円×月の平均勤務時間　時間＋諸手当（通勤費等）の月額　円）×12月 ＋年間賞与　円＝	年間給与　円
	3	その他	年間換算できるように記入してください。＝	年間給与　円

年間給与が130万円以上となる場合

◎勤務先で健康保険に加入している
→健康保険適用開始日で取消となります
（全項目について回答された本書と資格確認書等の写しを添付してください）

◎契約条件の年間給与が130万円以上となる
→契約条件の雇用開始日で取消となります

◎月額108,334円以上の給与支払を3か月連続で受けた
→連続超過の初月の1日付で取消となります

◎連続する12か月の収入が130万円以上となる
→超過年間の初月の１日付で取消となります

※障害年金受給者又は６０歳以上の者は、本書中、130万円は180万円と、108,334円は150,000円となります。また、他の収入と合算して130万円や180万円以上となる場合も取消申告が必要です。

G　過去１年間に賃金支払実績がある場合（通勤費や職務改善手当等各種手当を含んだ額を記入してください。）

給与支払月	金額	給与支払月	金額	給与支払月	金額	賞与支払月	金額
令和　年　月	円	令和　年　月	円	令和　年　月	円	令和　年　月	円
令和　年　月	円	令和　年　月	円	令和　年　月	円	令和　年　月	円
令和　年　月	円	令和　年　月	円	令和　年　月	円	令和　年　月	円
令和　年　月	円	令和　年　月	円	令和　年　月	円	令和　年　月	円