

# パートタイマー証明書

※ 1週間の所定労働時間または1ヶ月の所定労働日数が常時雇用者の4分の3未満に該当する場合はこちらの証明書をご提出ください。

被保険者記号番号	佐 歯 ・		
氏 名		生 年 月 日	昭・平 年 月 日
仕 事 の 内 容			
就 業 時 間	午前・午後 時 分 から 午前・午後 時 分 まで ( 実 質 労 働 時 間 時 間 分 )		
勤 務 日 数	勤務日数 ( 毎月 日間 ・ 毎週 日間 )		

常時雇用者の 就 業 時 間 勤 務 日 数	午前・午後 時 分 から 午前・午後 時 分 まで ( 実 質 労 働 時 間 時 間 分 )  勤務日数 ( 毎月 日間 ・ 毎週 日間 )		
備 考			

上記のとおりパートタイマーとして採用していることに相違ないことを証明する。

令和 年 月 日

事業所 所 在 地 \_\_\_\_\_

医療機関名 \_\_\_\_\_

甲種組合員（事業主）名 \_\_\_\_\_

佐賀県歯科医師国民健康保険組合理事長 様