

# 雇用並びに健康保険非適用証明書

令和 年 月 日

福岡県医師国民健康保険組合 理事長 殿

医療機関名

医療機関所在地

雇用主氏名

印

雇用主 被保険者証記号・番号\*

福医 —

(※被保険者証記号・番号は、雇用主が組合に加入している場合にのみ  
ご記入ください。)

次のとおり相違ないことを証明します。

## 記

1. 氏名 \_\_\_\_\_ 印 \_\_\_\_\_ (性別) \_\_\_\_\_ (年齢) \_\_\_\_\_ 才

2. 現住所 〒 \_\_\_\_\_

3. 仕事の内容 (いずれかに○印)

①医 師 ②看護業務 ③事務業務 ④その他 ( )

4. 雇用期間 (どちらかに○印)

①期間の定めがない ② 年 月 日～ 年 月 日迄

5. 労働時間 (どちらかに○印、括弧内記入)

① 1日の労働時間 ( ) 時間×週 ( ) 日 = 1週 ( ) 時間

② 1週の労働時間 ( ) 時間

6. 労働条件が就業規則に定められている。

①定められている ②定められていない

7. 事業所区分 (どちらかに○印)

①協会けんぽ適用事業所 (上記の者は非常勤のため協会けんぽの健康保険には適用いたしません。)

②協会けんぽ非適用事業所

※上記に掲載出来ない場合は、従業員への雇用通知書のコピー (雇用条件が明示されているもの) を送付下さい。