様式１

健保等級証明書

補助期間： 年 月 日～ 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  年度  |  |  | 健保等級  |  |  |
| 従事者氏名  | 　月  | 　月  | 月  | 月  | 賞与の支給回数  | 備考  |
|  |  |  |   |   |  |  |
|  |  |  |   |   |   |   |
|  |  |  |   |   |   |   |

 年 月 日

 年度事業従事者に係る健保等級について、上記のとおり証明します。

名 称（社名等） ：

所 属 部 署 名 ：

証明者氏名（自署） ：

※ 本様式は、２．人件費単価の計算方法（１）人件費単価の算定方法① 等級単価適用者にのみ使用する。

※ 事業の開始月、定時決定月（９月）、新規の登録従事者の従事開始月、健保等級に改訂がある月については必ず記載する。

※ 賞与の支給回数は、「０」、「１」のように算用数字で回数を記載のこと。また、備考欄には賞与の支給日（あるいは支給予定日）を記載のこと。

様式２

給与証明書

補助期間： 年 月 日～ 年 月 日

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  年度  |  | 月額給与 |  |
| 従事者氏名  | 　月  | 月  | 月  | 備考  |
|  | 給与額  |  |   |   |   |
| 賞与相当額  |  |   |   |   |
| 賞与の支給回数  |  |   |   |   |
|  | 給与額  |   |   |   |   |
| 賞与相当額  |   |   |   |   |
| 賞与の支給回数  |   |   |   |   |

 年 月 日

 年度事業従事者に係る給与支給額について、上記のとおり証明します。

名 称（社名等） ：

所 属 部 署 名（） ：

証明者氏名（自署） ：

※ 本様式は、２．人件費単価の計算方法（１）人件費単価の算定方法② 等級単価適用者以外の者のうち、月給単価を使用する者のみ使用する。

※ 年俸制の者については、算定した月給額を記載する。

※ 事業の開始月、新規の登録従事者の従事開始月、給与に変更がある月については必ず記載する。

※ 賞与の支給回数は、「０」、「１」のように算用数字で回数を記載のこと。