副業・兼業に関する証明書

独立行政法人労働者健康安全機構理事長　殿

副業・兼業労働者の健康診断助成金支給要領第4条に基づき、下記の対象労働者について資料（※）を添えて証明します。

記

１　副業・兼業労働者

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 事業場  氏名 | ①事業場名  (一般健康診断を実施した事業場) | ②事業場名 | ③事業場名 | ④事業場名 | ⑤事業場名 |
| 実労働時間／  所定労働時間(※) | 実労働時間／  所定労働時間(※) | 実労働時間／  所定労働時間(※) | 実労働時間／  所定労働時間(※) | 実労働時間／  所定労働時間(※) |
|  |  |  |  |  |  |
| ／ | ／ | ／ | ／ | ／ |
|  |  |  |  |  |  |
| ／ | ／ | ／ | ／ | ／ |
|  |  |  |  |  |  |
| ／ | ／ | ／ | ／ | ／ |
|  |  |  |  |  |  |
| ／ | ／ | ／ | ／ | ／ |
|  |  |  |  |  |  |
| ／ | ／ | ／ | ／ | ／ |

※　副業・兼業労働者の１週間当たりの実労働時間数（時間外労働時間含）と１週間当たりの所定労働時

間数を記載のこと。

２　資料　別添のとおり（※）

（※　資料は「実労働時間」を確認できる書類（例：給与明細やタイムカードの写し））

令和　　年　　月　　日

|  |  |
| --- | --- |
| 所在地 | |
| 名　称 | 印 |
| 代表者氏名（役職・氏名） | |