

非常勤職員確認書

★該当する番号に○をつけ、記入してください。

1 勤務時間数等が厚生年金の対象外のため

非常勤職員（パート）氏名	1日の勤務時間	1ヶ月の勤務日数
	時間	日

2 報酬が0もしくは少額のため、厚生年金の保険料が納められないため

氏名

以上の記載について相違ないことを証明いたします。

令和 年 月 日

店舗名称	
店舗所在地	〒
店舗電話	()
事業主組合員氏名	

埼玉県薬剤師国民健康保険組合理事長 様

(注)

この書類は非常勤職員の具体的な勤務形態を確認するためのものです。

勤務時間数等が厚生年金の対象外、又は無報酬や報酬が少額により、厚生年金保険料を納められない場合に該当になります。

年金事務所で厚生年金の対象にならないことをご確認の上、提出してください。

★新規で非常勤職員（パート）を採用する際は、「資格取得届」等と一緒に提出してください。