

社会保険労務士試験 実務経験証明書

全国社会保険労務士会連合会会長殿

シメイフリガナ	ヤマダ イチロウ	生年月日	S H 43年12月 2日生
受験申込者氏名	山田 一郎		
住所	〒（100-8988） 東京都千代田区霞ヶ関1-x-x		

勤務形態：該当するものに○をつけてください。

勤務形態 (該当に○を付す)	正社員・ 正職員 ・派遣・常勤役員・非常勤・臨時雇い(1週____h) (役員) (パート、アルバイト)	
会社等名・ 所属部署名	従事した事務内容	従事期間
〇〇健康保険組合 業務部業務課	健康保険被保険者資格取得・喪失届の受理・審査	平成18年2月
	健康保険被扶養者(異動)届の受理・認定	~平成28年3月
	健康保険被保険者証の交付	(期間 10年 2か月)
	傷病手当金・出産手当金請求書の受理・審査・支給決定	
	算定基礎届、月額変更届の受理・審査	
		(合計) 10年 2か月

上段の受験申込者の実務経験の内容は、上記のとおり相違ないことを証明します。

平成28年4月20日

証明年月日の記入漏れにご注意ください。未記入の場合は不備となり、受理できません。
証明年月日は従事期間の終期より後の日付としてください。従事期間の終期より前の日付での証明はできません。また、申込日より後の日付での証明はできません。

会社等の所在地

東京都文京区小石川1-x-x

会社等の電話番号

03-3513-x-x-x

会社等の名称

〇〇健康保険組合

社判

社判

証明者(役職・氏名)

理事長 鈴木 二郎

役職印

理事長
の印

証明者の欄も漏れなくすべての項目を記入してください。
申込前の事前確認の際でも、未記入の項目がある場合は受験資格の有無を確認できないことがあります。

個人名の印鑑ではなく、役職印(例：理事長之印等)を押印してください。事前確認の際は押印不要です。