|  |
| --- |
|  別紙３ |

契約管理番号：□□□□□□□□－□

健保等級証明書

委託期間：平成　　年 月 日～平成　　年 月 日

|  |  |
| --- | --- |
| 平成　　年度 | 健　保　等　級　・　賞　与　回　数 |
| 研究員・補助員氏名 | ４月１日（単位：級） | 中途採用等（単位：級） | 年度途中変更（単位：級） | 賞与回数（単位：回） | 備　　考 |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

平成　　年　　月　　日

委託業務に係る研究員・補助員の健保等級について、上記のとおり証明致します。

名　　　 称

所　　　 属

証明者氏名　　　　　　　　　　印

*（注１）健保等級単価を適用する研究員並びに法定福利費を加算する補助員について各年度の４月1日、*

*新規雇用研究員の場合は契約開始時の健保等級を必ず記載してください。*

*（注２）健保等級に２等級以上の変動があれば、必ず再度作成してください。*