

労働社会保険諸法令関係事務従事期間証明書

登録申請者氏名					
従 事 事 業 所	事業所の名称 ・ 所在地	〒 _____ 電話 (_____) _____			
	事業の種類			従業員数	名
	加入している 労働社会保険 の種類	1. 健康保険 2. 厚生年金保険 3. 雇用保険 4. 労働者災害補償保険 5. 船員保険			
職 歴	自 年 月 至 年 月	期 間	所属部課 (役職名)	従事した事務の具体的内容	
	自 年 月 至 年 月	年 月			

上記のとおり相違ないことを証明します。

平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

事業主氏名
(証明者)

(印)

注) この証明書は、社会保険労務士法第 3 条の規定による社会保険労務士となる資格要件である 2 年以上の実務経験（合格の前後を問わず、通算も可）を有することを証明するものです。
記載にあたっては裏面の留意事項を参考にしてください。

「従事期間証明書」の記載にあたっての留意事項

1. 労働社会保険諸法令関係事務に従事した期間のみ記載すること。

〔従事した事務の具体的内容の記載例〕

- 雇用保険、健康保険、厚生年金保険の被保険者資格取得届・喪失届に関する事務
- 健康保険、厚生年金保険の被保険者報酬月額算定基礎届・月額変更届に関する事務
- 雇用保険被保険者離職証明書の作成
- 労働保険の概算・確定保険料の申告・納付に関する事務
- 就業規則（変更）届に関する事務
- 時間外労働・休日労働に関する協定届の作成
- 労働者名簿の調製

※上記以外のものにつきましては、あらかじめ都道府県社会保険労務士会または連合会へお問い合わせ下さい。

2. 従事期間が複数の事業所に亘るときは、それぞれの事業所ごとに作成すること。

3. 証明者は、原則として勤務先の事業主又は代表者（任命権者）であること。

4. 法人等の代表者ご自身が証明をもらう場合は、他の役員2人以上の証明によること。

5. 個人事業主ご自身が証明をもらう場合は、他の従業者2人以上の証明によること。

6. 労働組合の専従役員又は専従職員については、労働組合の長の証明によること。

7. 事業所が倒産等により廃止されている場合は、当時の事業主又は代表者、役員、上司、同僚等2人以上の証明によること。

<次の者は「従事期間証明書」の提出は不要です>

昭和56年以前の社会保険労務士試験合格者（主務大臣認定者等を含む。）及び全国社会保険労務士会連合会が実施する「労働社会保険諸法令関係事務指定講習」の受講修了者。