**健保等級証明書**

助成期間：２０　　年　月　日～２０　　年　月　日

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ２０　　年度 | 健保等級・賞与回数 | | | |
| 研究員・補助員  氏名 | 開始時  (等級) | 年度途中変更  (等級) | 賞与回数  (回) | 備考 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

２０　　年　月　日

助成事業に係る研究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

*（注１) 最新の健保等級を必ず記載してください。*

*（注２）健保等級に変動があれば再度作成してください。*

|  |  |
| --- | --- |
| 事業番号 |  |