

給与(見込)証明書

事業主様

貴社在籍の従業員様の勤務状況、収入見込額等につきまして、証明をお願いいたします。
この証明書は、当健保組合の夫婦共同扶養調査以外の目的で使用することはありません。

<勤務先記入欄>

従業員氏名		生年月日				
		年 月 日				
雇用開始年月日		雇用変更年月日(令和2年1月以降変更があった場合)				
年 月 日		年 月 日				
雇用形態						
<input type="checkbox"/> 正社員 <input type="checkbox"/> パート <input type="checkbox"/> アルバイト <input type="checkbox"/> その他()						
現在の状況(該当する場合は記入をお願いします)						
<input type="checkbox"/> 退職		退職日		年 月 日		
<input type="checkbox"/> 産休・育休中		開始		年 月 日		
<input type="checkbox"/> その他休職中		終了・終了予定		年 月 日		
給与等支払額						
※非課税分(交通費等)含めた金額 ※天引き前、控除前の総支給額をご記入下さい。						
支払年月	該当に○	総支給額		支払年月	該当に○	総支給額
令和3年7月	見込・実績	円		令和4年1月	見込・実績	円
8月	見込・実績	円		2月	見込・実績	円
9月	見込・実績	円		3月	見込・実績	円
10月	見込・実績	円		4月	見込・実績	円
11月	見込・実績	円		5月	見込・実績	円
12月	見込・実績	円		6月	見込・実績	円
賞与	見込・実績	円		賞与	見込・実績	円
年間収入(見込)合計額						
円						

(証明日) 令和 年 月 日

貴事業所名
所在地
代表者名
電話番号

印

ご担当者名

<当健保被保険者記入欄>

記号	番号	被保険者氏名
----	----	--------