

給与支払(見込)証明願

下記事項について証明をお願いいたします。

令和 年 月 日

記号 番号

申請者

被保険者氏名

サクサ健康保険組合 理事長 殿

給与の支払いを受けた者
(氏名)

給与支払(見込)証明書

[採用年月日] 平成・令和 年 月 日

[雇用形態] 正社員・パート・アルバイト・その他()

[健康保険・厚生年金加入の有無] 有・無 [取得年月日] 平成・令和 年 月 日

[雇用保険加入の有無] 有・無 [取得年月日] 平成・令和 年 月 日

[給与支払(見込)状況]

令和 年	いずれかを○囲みしてください	支払額	賞与額	総支払額
1月	見込・実績	円	円	円
2月	見込・実績	円	円	円
3月	見込・実績	円	円	円
4月	見込・実績	円	円	円
5月	見込・実績	円	円	円
6月	見込・実績	円	円	円
7月	見込・実績	円	円	円
8月	見込・実績	円	円	円
9月	見込・実績	円	円	円
10月	見込・実績	円	円	円
11月	見込・実績	円	円	円
12月	見込・実績	円	円	円
賞与 月	見込・実績	円	円	円
賞与 月	見込・実績	円	円	円
合計		円	円	円

※通勤手当を含む税控除前の総支払額をご記入ください。

上記のとおりであることを証明します。

令和 年 月 日

所在地
会社名
電話番号
担当者

事業主印

<個人情報について>

被扶養者資格の認定または削除のみに使用し、目的を超えての利用はいたしません。

ver.201905