

## 給与支払(見込)証明書

(健康保険資格確認用)

証明を受ける者	住所	
	氏名	
	生年月日	

給与総支給額(12か月分) <直近月から12か月分をご記入ください>

支払月	給与額	通勤手当	各種手当	賞与額	合計
年 月					
年 月					
年 月					
年 月					
年 月					
年 月					
年 月					
年 月					
年 月					
年 月					
年 月					
年 月					
年 月					
合計					

雇用契約年月日 年 月 日  
給与 時給 円  
社会保険加入 有・無  
雇用保険加入 有・無

上記のとおり証明いたします。

年 月 日

所在地	
会社名	
代表者名	
電話番号	