

給 与 証 明 書

給与の支払いを受けた者

住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_

生年月日 昭・平 年 月 日生

上記の者の給与を、次のとおり支払ったことを証明します。

	金 額 (円)	賞与等の金額 (円)
年 月分		
年 月分		
年 月分		
年 月分		
年 月分		
年 月分		
年 月分		
年 月分		
年 月分		
年 月分		
年 月分		
計		

※この証明書は健康保険被扶養者認定の際に必要な総支給額で  
す。この証明書を健康保険被扶養者認定の際に必要な総支給額で  
記入してください。

入 社 年 月 日	S・H・R 年 月 日
雇 用 状 況	常用・パート
1日当たりの労働時間	時間
1ヵ月当たりの出勤日数	日
時 給 ・ 日 給	円
通 勤 手 当	有 ( 円/日・月 ) ・ 無
賞 与 の 有 無	有 ・ 無
①健康保険制度の有無	有 ・ 無
①が有の場合本人加入の有無	有 ・ 無

本人加入「無」の場合はその理由 ( )

令和 年 月 日

所在地  
事業所 名 称  
証 明 者  
T E L

