

給与支払見込み証明書

給与の支払いを受ける者

住 所 _____

氏 名 _____

生年月日 昭・平 年 月 日生 _____

上記の者に支払う給与は、年間総額 _____ 円(内賞与額 _____ 円) になることを見込みます。

入社年月日(雇用形態変更により証明する場合は変更年月日) (入社・変更) 昭・平・令 年 月 日

雇 用 状 況 常用・パート

1日当たりの労働時間(見込み) (時間)

1ヵ月当たりの出勤日数(見込み) (日)

時 給 ・ 日 給 (円)

通 勤 手 当 有 (円/日・月) ・ 無

賞 与 有 ・ 無

①健康保険制度 有 ・ 無

①が有の場合本人加入 有 ・ 無

※本人加入が「無」の場合その理由

令和 年 月 日

所在地

事業所 名称

証明者

㊟

T E L

※ この証明書は健康保険被扶養者認定の際に必要な証明書ですので、年間総額には賞与、各種手当(非課税含む)を含め、12ヵ月働いた場合の見込み額を記入してください。