

味の素健康保険組合  
理事長 殿

## 給与支払見込額証明書

記号		番号	
被保険者氏名			
被扶養者氏名		続柄	

被扶養者（ ）の令和 年 月～1年間の月毎の支払見込額をご記入願います。

(支払金額欄は交通費を含む総支給額)

入社年月日	令和 年 月 日		
支払年月	支払金額	支払年月	支払金額
令和 年 月	円	月	円
月	円	月	円
月	円	月	円
月	円	月	円
月	円	月	円
月	円	月	円
給与支払見込額計			円

上記事項について相違ないことを証明いたします。

令和 年 月 日

事業所住所

事業所名

事業主名

