

味の素健康保険組合
理事長 殿

※勤務先に所定の用紙がある場合は勤務先の用紙をご使用ください。

記入例

給与支払見込額証明書

記号	〇〇〇	番号	123456
被保険者氏名	味野 太郎		
被扶養者氏名	味野 花子	続柄	妻

認定希望年月を記入

被扶養者（味野 花子）の令和〇〇年11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 〇〇 年 11 月 1 日		
支払年月	支払金額	支払年月	支払金額
令和〇〇年5月	75,000 円	11月	90,000 円
6月	80,000 円	12月	90,000 円
7月	80,000 円	令和〇×年1月	80,000 円
8月	80,000 円	2月	80,000 円
9月	80,000 円	3月	80,000 円
10月	90,000 円	4月	80,000 円
給与支払見込額計		985,000 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 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日

事業所住所

東京都〇〇区〇〇町〇〇

事業所名

〇〇〇〇事業所

事業主名

株式会社 〇〇〇

〇社株
之〇式
印〇会 印