

※給与明細書が3ヶ月分ない方は、パート・アルバイト先にて以下証明をもらってください。

給与等支払額証明のお願い

J F E健康保険組合における被扶養者の申請に際し、給与等支払額の証明をお願いいたします。

記

対象者氏名 _____

上記の従業員の令和4年7月以降 連続3ヶ月分の給与等支払額(控除前額)の証明

支払月	給与(円)	交通費(円)	賞与(円)	計(円)
令和4年 月				
令和4年 月				
令和4年 月				

J F E健康保険組合理事長 殿

対象者について上記のとおり証明します。

令和4年 月 日

事業所所在地

事業所名称

担当者氏名

⑩