勤務先

御中

証明願

健康保険被扶養者認定の申請に必要ですので、下記に証明をお願い致します。

年 月 日

氏名 _____ (印)

※枠内は勤務先の記入欄(申請者記入無効)

給与見込証明書

NTN 健康保険組合理事長 殿

氏 名 :

入 社 年 月 日 : 年 月 日

雇 用 形 態 : パート従業員・アルバイト・その他 ()

勤 務 形 態 : 1日 時間 ・ 1ヶ月 日

賃 金 形 態 : 時給(円)・日給(円)・その他(円)

雇 用 保 険 加 入 : 加入 未加入

給与・賞与支給状況(通勤手当・諸手当等を含む総支給額)

支 給 月	支給(予定)額	支 給 月	支給(予定)額
年 1月分	円	年 7月分	円
年 2月分	円	年 8月分	円
年 3月分	円	年 9月分	円
年 4月分	円	年 10月分	円
年 5月分	円	年 11月分	円
年 6月分	円	年 12月分	円
賞与(月)	円	賞与(月)	円

年 月までは実績

年 月からは見込み

年間収入見込額 _____ 円

上記の通り相違ないことを証明いたします。

年 月 日

事業所所在地

事 業 所 名 _____ (印)

記 入 者 名 _____ (印)