

給与支払証明書

SGホールディングスグループ健康保険組合

氏名 生年月日 S・H . . 生

住所 〒

雇用開始日 昭和・平成・令和 年 月 日

退職日 平成 . 令和 年 月 日

社会保険加入について 雇用保険加入 有・無 健康保険加入 有・無

支給年月	勤務日数	給与支給総額	左の内交通費	賞与	備考
合計					

上記のとおり給与支払について証明いたします

令和 年 月 日

所在地 _____

事業所名 _____ (印)

電話番号 _____

担当者名 _____ (印)

【証明依頼元】 SGホールディングスグループ健康保険組合 連絡先 075-343-6570

※当組合健康保険手続上、必要な証明です。

お手数ですが、貴事業所様にて記入等の証明をお願いいたします。