

紛失または働いていない月がある等の理由で、平成30年1～6月までの給与明細書が提出できない方は、この用紙を勤務先に提出して証明を受けてください。
※複数枚必要な場合はコピーをお取りいただきご使用ください。

給与支払証明書

氏 名 生年月日 S・H ・ ・ 生 SGホールディングスグループ健康保険組合 (記号 番号)

住 所 〒

雇用開始日 昭和・平成 年 月 日

退 職 日 昭和・平成 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
平成 30 年 1 月					
平成 30 年 2 月					
平成 30 年 3 月					
平成 30 年 4 月					
平成 30 年 5 月					
平成 30 年 6 月					
合 計					

上記のとおり給与支払について証明いたします

平成 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。お手数おかけしますがよろしくお願いいたします。