

給与等支払(見込)証明書

対象者氏名： _____

就業開始年月日： 平成・令和 年 月 日

雇用契約変更日： 平成・令和 年 月 日

健康保険加入状況： 有 ・ 無

通常の労働者の月間所定労働時間 _____ 時間

通常の労働者の週間所定労働時間 _____ 時間

給与実績及び見込額 ※給与等は所得税・雇用保険料等控除前の支給額をご記入ください。

支給年月	給与等	交通費	総支給額	いずれかに○印をつけてください
令和6年 1月	円	円	円	実績・見込
2月	円	円	円	実績・見込
3月	円	円	円	実績・見込
4月	円	円	円	実績・見込
5月	円	円	円	実績・見込
6月	円	円	円	実績・見込
7月	円	円	円	実績・見込
8月	円	円	円	実績・見込
9月	円	円	円	実績・見込
10月	円	円	円	実績・見込
11月	円	円	円	実績・見込
12月	円	円	円	実績・見込
合計	円	円	円	

※支払者の方へ…この証明書は被扶養者資格を確認するため、そごう・西武健康保険組合に提出するものです。

令和6年1月から12月までの、実績と見込みを合わせて記入をお願いいたします。

上記の通りであることを証明いたします。

令和 年 月 日

事業所所在地

事業所名称

事業主名



ご担当者

氏名

連絡先(TEL)