

YKK健康保険組合 御中  
YKKビジネスサポート株式会社 御中  
(業務代行)

## 給 与 （ 見 込 ） 証 明 書

氏 名			
就職年月日	年 月 日	雇用契約変更日	年 月 日
雇用形態	1日の就業時間 ( ) 時間 ( ) 分		週の就業日数 ( ) 日
給料形態	時給 ・ 日給 ・ 月給		円
健康保険の加入状況	有 ・ 無		
20 年の給与（見込・実績）	（いずれかに○印を つけてください。）	総支給額	内非課税交通費(※1)
	1月	(見込・実績) 円	円
	2月	(見込・実績) 円	円
	3月	(見込・実績) 円	円
	4月	(見込・実績) 円	円
	5月	(見込・実績) 円	円
	6月	(見込・実績) 円	円
	7月	(見込・実績) 円	円
	8月	(見込・実績) 円	円
	9月	(見込・実績) 円	円
	10月	(見込・実績) 円	円
	11月	(見込・実績) 円	円
	12月	(見込・実績) 円	円
	賞与 ( 月 )	(見込・実績) 円	円
	賞与 ( 月 )	(見込・実績) 円	円
合計		円	円
今後12ヵ月間での支給予定額 ( 年 月～ 年 月分)		円	円

＜記入上の注意事項＞

※1 総支給額に含まれる非課税交通費は、必ず記入してください。（税法上の扶養審査で参考にさせていただきます。）

上記のとおりであることを証明します。 年 月 日

事業所	所在地	<div style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; width: 40px; height: 40px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;">印</div>
	事業所名称	
	代表者氏名	
担当者	氏 名	
	電話番号	

記載内容に不明な点がある場合は、ご担当者様にお問合せさせていただくことがあります。

※ご記入いただいた個人情報は、健康保険及び税法上の扶養手続きにのみ利用させていただきます。

【お問合せ】 ＜健康保険の扶養手続き＞ YKK健康保険組合 扶養担当  
＜税法上の扶養手続き＞ YKKビジネスサポート(株) 届出担当

TEL：0765-54-8650  
TEL：0765-54-8053