

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	
(いずれかに○印を つけてください。) 20年 年の 給与 (見込 ・ 実績)		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		印
	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。