

給与等支払実績（見込）証明書

氏 名 _____

生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

伊藤ハム健康保険組合の被扶養者認定申請に必要なため、下記事項について証明をお願い致します。
過去1年間の勤務実績がある場合には、直近12か月分の支払実績額を、直近12か月分の支払実績が取れない場合は、支払実績額と支払見込額を合わせて12か月分となるようお願い致します。
(ただし、すでに退職している場合には支払見込額の記載は不要です)

記

1. 給与等支払実績及び支払見込証明書（非課税分を含む総支給額）

給与等支払実績額				給与等支払見込額			
支給月	給与等	通勤費	月額合計	支給月	給与等	通勤費	月額合計
年 月			円	年 月			円
年 月			円	年 月			円
年 月			円	年 月			円
年 月			円	年 月			円
年 月			円	年 月			円
年 月			円	年 月			円
年 月			円	年 月			円
年 月			円	年 月			円
年 月			円	年 月			円
年 月			円	年 月			円
年 月			円	年 月			円
年 月			円	年 月			円
年 月			円	年 月			円
賞与 月			円	賞与 月			円
賞与 月			円	賞与 月			円
合計			円	合計			円

2. 社会保険・雇用保険取得状況（いずれか○で囲んでください）

○ 健康保険の加入 無 ・ 有 _____ (取得年月日) _____ 年 _____ 月 _____ 日

_____ (喪失年月日) _____ 年 _____ 月 _____ 日

○ 雇用保険の加入 無 ・ 有 _____ (取得年月日) _____ 年 _____ 月 _____ 日

_____ (喪失年月日) _____ 年 _____ 月 _____ 日

○退職 年 月 日 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

事業所所在地 _____

事業所名称 _____

事業主名 _____ 印

電話番号 _____