

給与等支払実績（見込）証明書

氏名 健保 花子

生年月日 〇〇年 〇月 〇日

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
〇〇年 1月	75,000	2,000	77,000 円	年 月			円
年 2月	75,000	2,000	77,000 円	年 月			円
年 3月	75,000	2,000	77,000 円	年 月			円
年 4月	80,000	2,000	82,000 円	年 月			円
年 5月	75,000	2,000	77,000 円	年 月			円
年 6月	75,000	2,000	77,000 円	年 月			円
年 7月	75,000	2,000	77,000 円	年 月			円
年 8月	80,000	2,000	82,000 円	年 月			円
年 9月	75,000	2,000	77,000 円	年 月			円
年 10月	75,000	2,000	77,000 円	年 月			円
年 11月	75,000	2,000	77,000 円	年 月			円
年 12月	85,000	2,000	87,000 円	年 月			円
賞与 月	0		0 円	賞与 月			円
賞与 月	0		0 円	賞与 月			円
合計	920,000	24,000	944,000 円	合計			円

2. 社会保険・雇用保険取得状況（いずれか〇で囲んでください）

〇 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

〇 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

〇退職年月日 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

平成〇〇年 〇月 〇日

事業所所在地 西宮市〇〇町〇〇番地〇〇

事業所名称 〇〇〇〇株式会社

事業主名 〇〇 〇〇 印

電話番号 〇〇〇〇-〇〇-〇〇〇〇