

* 提出先 : 総合警備保障健康保険組合(東京都港区元赤坂1-5-7)
* 使用目的 : 健康保険被扶養者の認定確認に使用します。

給与支払証明書

証明を受ける者の

氏名						住所					
生年月日	年	月	日生	入社年月日	年	月	日	退職年月日	年	月	日

給与支払年月	日数	支払額	交通費	総支給額
年 1月		円	円	円
年 2月		円	円	円
年 3月		円	円	円
年 4月		円	円	円
年 5月		円	円	円
年 6月		円	円	円
年 7月		円	円	円
年 8月		円	円	円
年 9月		円	円	円
年 10月		円	円	円
年 11月		円	円	円
年 12月		円	円	円
小計		円	円	円

その他支払月		支払額		
賞与	年 月	円		
賞与	年 月	円	年間支払合計額	円
賞与	年 月	円		

特記事項

注意事項 ◎賞与やその他臨時支給等がある場合はその税込み支払額を記入してください。
◎日数欄は給与支払の対象となった月の勤務日数を記入してください。

上記のとおり給与等を支払ったことを証明します。

年 月 日

所在地
事業所名
電話番号
代表者名