

勤務先ご担当者様

健康保険組合の被扶養者認定における収入証明を使用目的として「給与支払(見込)証明書」の証明をお願いいたします。
給与総支払額につきましては課税・非課税を問わず、税金や保険料等が控除される前の金額をご記入ください。
一時的に収入が増加した場合はその期間と金額を備考欄にご記入ください。
なお、証明いただいた内容につきましては今回の被扶養者認定業務以外では使用いたしません。
※ボールペンでのご記入をお願いします。消えるペン(フリクション等)の使用はお控えください。

フタバ産業健康保険組合 御中

年分 給与支払(見込)証明書

被雇用者	住所			
	氏名	(年 月 日生)		
雇用開始年月日	年 月 日	退職年月日	年 月 日	
給料形態	月給(円)・日給(円)・時給(円)			
勤務日数	日/週	勤務時間	時間/日	
健康保険加入	なし・あり・予定(加入日: 年 月 日)			
雇用保険加入	なし・あり(加入日: 年 月 日)			

給与支払(見込)額 ※1月～12月についてご記入ください。

支払月	給与支払(見込)額	交通費	賞与等支払額	総支払額
1 月	円	円	円	円
2 月	円	円	円	円
3 月	円	円	円	円
4 月	円	円	円	円
5 月	円	円	円	円
6 月	円	円	円	円
7 月	円	円	円	円
8 月	円	円	円	円
9 月	円	円	円	円
10 月	円	円	円	円
11 月	円	円	円	円
12 月	円	円	円	円
合計	円	円	円	円
備考	※一時的に収入が増加した場合はその期間と金額をこの欄にご記入ください。			

*年間収入(総支払額)は130万円(60歳以上は180万円)を超えません。

上記のとおり相違ないことを証明いたします。

年 月 日

事業所住所
事業所名
事業主

