

給与等支払(見込)証明書

文化シヤッター健康保険組合 宛

氏 名	
-----	--

雇 用 形 態	・ パート ・ アルバイト ・ その他()
雇用(予定)期間	年 月 日 ~ 年 月 日

※終了日未定の場合は至日は未記入可

給与支払(見込)額 ※当該年ではなく、今後1年間の支払見込額をご記入下さい。

※控除前の支払見込額をご記入下さい。

支払(見込)年月日	給与※通勤手当除く	通勤手当	賞与・臨時手当	総支払(見込)額
年 月 日	円	円	円	円
年 月 日	円	円	円	円
年 月 日	円	円	円	円
年 月 日	円	円	円	円
年 月 日	円	円	円	円
年 月 日	円	円	円	円
年 月 日	円	円	円	円
年 月 日	円	円	円	円
年 月 日	円	円	円	円
年 月 日	円	円	円	円
年 月 日	円	円	円	円
年 月 日	円	円	円	円
年 月 日	円	円	円	円
年 月 日	円	円	円	円
年 月 日	円	円	円	円
合 計	円	円	円	円
健康保険加入状況	有 ・ 無			
備 考				

上記のとおり証明します。

【証明年月日】 _____ 年 _____ 月 _____ 日

【所在地】 _____

【事業所名】 _____

【代表者名】 _____ 印