調査専用

申請者記入欄	
記号:	番号:
被保険者氏名	

給与支払(見込)証明書

氏　　名	

雇　用　形　態	パート ・ アルバイト ・ その他(　　)
雇用開始年月日	年　　月　　日
給与締日・支払日	締日:　　日、支払日:当月/翌月　　日

給与支払(見込)額　　**※交通費を含む(税控除前の)総支給額をご記入ください**

支払(見込)年月日	給与の額	賞与等の額	総支払額	摘要
年　月	円	円	円	
年　月	円	円	円	
年　月	円	円	円	
年　月	円	円	円	
年　月	円	円	円	
年　月	円	円	円	
年　月	円	円	円	
年　月	円	円	円	
年　月	円	円	円	
年　月	円	円	円	
年　月	円	円	円	
年　月	円	円	円	
年　月	円	円	円	
合　計	円	円	円	

※支払額が見込の場合、摘要欄に「見込」と記入してください。
「見込」は調査時点より3ヵ月以内の働き出し等で、給与明細書が3ヵ月分発行されていない場合に記載してください。

上記のとおり証明します。

年　　月　　日

被扶養者勤務先

住　　所

事業主名

代表者名　　印

※店舗責任者・所属部門責任者等の署名・押印でも可
※自筆の署名の場合は押印省略可