

申請者（被保険者）の方へ：被扶養者認定申請をするご家族が勤務している会社に証明してもらってください

| 申請者記入欄 | |
|--------|-----|
| 記号： | 番号： |
| 被保険者氏名 | |

東京西南私鉄連合健康保険組合 殿

給与支払証明書

| | | | | | |
|---------------------------|---|-------|-------------------|-----------------|----|
| 雇用者氏名 | | 生年月日 | 年 | 月 | 日 |
| 雇用者住所 | | | | | |
| 雇用形態 | <input type="checkbox"/> パート <input type="checkbox"/> アルバイト <input type="checkbox"/> その他（ ） | | | | |
| 雇用開始年月日 | 年 月 日 | | | | |
| 健康保険 | <input type="checkbox"/> 加入している <input type="checkbox"/> 加入していない | | | | |
| ◆直近3カ月分に支払った給与についてご記入ください | | | | | |
| 支払年月日 | A 給与の額 | B 交通費 | C その他 (賞与・手当等) | 総支払額 (A+B+C) | 摘要 |
| 年 月 | 円 | 円 | 円 | 円 | |
| 年 月 | 円 | 円 | 円 | 円 | |
| 年 月 | 円 | 円 | 円 | 円 | |
| 合計 | 円 | 円 | 円 | 円 | |

※□には、いずれかに必ず✓（チェック）を入れてください

上記のとおり証明します。

年 月 日

所在地

名称

代表者名

印

電話番号