

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

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

雇用条件証明書

雇用者氏名		生年月日	年 月 日
雇用形態	パート ・ アルバイト ・ その他（ ）		
雇用開始日又は雇用条件変更日	年 月 日		
就労日数	1カ月の就労日数		日
労働時間	1カ月の労働時間		時間
給 与	・ 給与形態	<input type="checkbox"/> 時給 <input type="checkbox"/> 日給 <input type="checkbox"/> 月給	_____円
		1カ月平均	_____円
	・ 交通費支給	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り（1カ月	_____円）
	・ 1カ月あたり総支給額（交通費含む）		_____円
	・ 給与締切日		日締
・ 給与支払日	当月・翌月	日払	
賞 与	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り（年 _____円）		
健康保険	<input type="checkbox"/> 加入している		<input type="checkbox"/> 加入していない
雇用保険	<input type="checkbox"/> 加入している		<input type="checkbox"/> 加入していない

※には、いずれかに必ず（チェック）を入れてください

上記のとおり雇用していることを証明します。

年 月 日

所在地

名称

代表者名

電話番号

印

《注意》

- 雇用条件変更後の「1カ月分(満額)の給与明細書の写し(または給与支払証明書)」と一緒にご提出ください。
- 1カ月分(満額)の給与が支給された日より1カ月以内にご提出ください。
提出日によっては遡及認定できない場合もあります。
その場合の認定日は、組合で届出を受領した日となります。

例：4/1に雇用契約(15日締当月25日払)→ 4/25ではなく5/25に支給された給与(4/16～5/15勤務分)が満額支給となる。事業所経由で健保へ6/25までに提出すれば4/1に遡及可能。

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た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

退職証明書

氏名	
生年月日	昭和 平成 令和 年 月 日
退職年月日	平成 令和 年 月 日
使用期間	昭和 平成 令和 年 月 日 ~ 平成 令和 年 月 日

上記のとおり当社を退職したことを証明します。

年 月 日

所在地

名称

代表者名

印

電話番号