

## 給与支払証明書

\_\_\_\_\_の直近\_\_\_\_ヶ月の給与については下記の通りであることを証明致します。

※該当箇所を○で囲んで下さい。

入社年月日 ・ 雇用契約変更日	平成・令和	年	月	日
雇用形態	正社員	パート	その他( )	
社会保険	・健康保険	適用	不適用	
	・厚生年金保険	適用	不適用	
	・雇用保険	適用	不適用	
	・労災保険	適用	不適用	

No	支払年月日	給与	交通費	その他手当	総計	備考
1	年 月 日	円	円	円	円	
2	年 月 日	円	円	円	円	
3	年 月 日	円	円	円	円	
4	年 月 日	円	円	円	円	
5	年 月 日	円	円	円	円	
6	年 月 日	円	円	円	円	
合計		円	円	円	円	
平均		円	円	円	円	

令和 年 月 日

所在地  
会社名  
代表者名  
電話番号

印

この証明書に記入された個人情報は、健康保険業務以外には利用いたしません。