

記入例

小松製作所健康保険組合 御中

給与支払証明書

健保 花子の直近 **6**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 30 年 11 月 1 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	30 年 12 月 25 日	85,000 円	5,000 円	0 円	90,000 円	
2	31 年 1 月 25 日	85,000 円	5,000 円	0 円	90,000 円	
3	31 年 2 月 25 日	85,000 円	5,000 円	0 円	90,000 円	
4	31 年 3 月 25 日	85,000 円	5,000 円	0 円	90,000 円	
5	31 年 4 月 25 日	85,000 円	5,000 円	0 円	90,000 円	
6	1 年 5 月 25 日	85,000 円	5,000 円	0 円	90,000 円	
合 計		510,000 円	30,000 円	0 円	540,000 円	
平 均		85,000 円	5,000 円	0 円	90,000 円	

令和 **元** 年 **6** 月 **1** 日

所在地 ○○県○○市○○町○丁目○番
会社名 ○○○○○○株式会社
代表者名 **代表取締役**○○ ○○
電話番号 **000-000-0000**



勤務先の社印が必要です

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。