

常務理事	事務長	係

フジパングループ健康保険組合 行

## 令和 年分 給与支払(見込)証明書

氏名					
入社日	年 月 日		退職日	年 月 日	
雇用保険	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		健康保険	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
勤務日数	日/月		勤務時間	時間/日	

対象者の令和 年1月～12月までの給与・賞与について下記の通りであることを証明いたします。

支払月	① 支払金額	② 見込金額	③ 交通費	合計(①+②+③)
令和 年 1月	円	円	円	円
令和 年 2月	円	円	円	円
令和 年 3月	円	円	円	円
令和 年 4月	円	円	円	円
令和 年 5月	円	円	円	円
令和 年 6月	円	円	円	円
令和 年 7月	円	円	円	円
令和 年 8月	円	円	円	円
令和 年 9月	円	円	円	円
令和 年10月	円	円	円	円
令和 年11月	円	円	円	円
令和 年12月	円	円	円	円
賞与( )月	円	円		円
賞与( )月	円	円		円
合 計	円	円	円	円
備 考				

証明日 年 月 日

所在地

申請者 チェック欄 <input type="checkbox"/>	記載内容について確認済
--	-------------

会社名 \_\_\_\_\_

代表者名 \_\_\_\_\_ 印 \_\_\_\_\_

※ご記入いただいた内容を訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容と証明者の氏名(サイン)をご記入ください。