

給与(見込)証明書

現住所	〒		
氏名			
生年月日	昭和 平成	年	月 日
就職年月日・雇用契約変更日 (いずれかに○印をつけてください。)	*1 平成 年 月 日		
雇用形態	1日の就業時間()時間 ()分	週の就業日数()日	
給料形態	時給・日給・月給	円	
健康保険の加入状況	加入・未加入		
健康保険資格取得日・喪失日	取得日 平成 年 月 日	喪失日 平成 年 月 日	
雇用保険の加入状況	加入・未加入		
平成 年 月から 平成 年 月まで	(いずれかに○印 をつけてください。)	総支給額	内非課税交通費(*2)
平成 年 月から	(見込・実績)	円	円
月	(見込・実績)	円	円
月	(見込・実績)	円	円
月	(見込・実績)	円	円
月	(見込・実績)	円	円
月	(見込・実績)	円	円
月	(見込・実績)	円	円
月	(見込・実績)	円	円
月	(見込・実績)	円	円
月	(見込・実績)	円	円
月	(見込・実績)	円	円
平成 年 月まで	(見込・実績)	円	円
賞与(月)	(見込・実績)	円	円
賞与(月)	(見込・実績)	円	円
合計		円	円
今後(雇用形態変更等)の1年間の支給予定額(*3) (平成 年 月～平成 年 月分)		円	円

「記入上の注意事項」

- *1 雇用契約に変更があり、雇用形態、賃金等に変更があった場合は、雇用契約変更日をご記入ください。
 *2 総支給額に含まれる非課税交通費は、必ず記入ください。
 *3 1年間の支給予定額は入社後1年間の見込額です。*1雇用契約変更の場合は、変更後1年間の見込額をご記入ください。

上記のとおりであることを証明します。

平成 年 月 日

事業所	所在地	⑧
	事業所名称	
	代表者氏名	
担当者	部署名	
	担当者名	
	電話番号	

*記載内容に不明な点がある場合は、ご担当者様にお問合せさせていただくことがあります。

*ご記入いただいた個人情報、扶養の手続きのみ利用させていただきます。