

年間給与等支払証明書(見込)

- 勤務先で証明を受けてください。
- 被扶養者「認定」の届出の場合は、認定を受ける日以降の1年分をご記入ください。
- 雇用形態が変わって収入が減少した場合は、雇用形態変更月以降の1年分をご記入ください。

氏名	健保 花子	(採用年月日: R3年 8月 1日) (収入減少※年月日: 年 月 日) ※社員からパートなど雇用形態が変わった日
----	-------	---

◎直近の年間給与と勤務日数等

年月	見込の場合○印	支払額 (①及び②の額は含まず)	勤務日数	勤務時間 (1日の平均勤務時間)	①賞与又は一時金	②その他手当金 (交通費等)
R3年 8月		66,000円	12日	5.5時間	円	円
R3年 9月		71,500円	13日	5.5時間	円	円
R3年 10月	○	60,500円	11日	5.5時間	円	円
R3年 11月	○	66,000円	12日	5.5時間	円	円
R3年 12月	○	66,000円	12日	5.5時間	円	円
R4年 1月	○	66,000円	12日	5.5時間	円	円
R4年 2月	○	66,000円	12日	5.5時間	円	円
R4年 3月	○	66,000円	12日	5.5時間	円	円
R4年 4月	○	66,000円	12日	5.5時間	円	円
R4年 5月	○	66,000円	12日	5.5時間	円	円
R4年 6月	○	66,000円	12日	5.5時間	円	円
R4年 7月	○	66,000円	12日	5.5時間	円	円
年間計		792,000円			円	円

◎雇用形態 正社員・契約社員・パート・アルバイト・その他()

◎賃金形態 月給・日給・時給・歩合給・その他()

◎賃金 1,000円

◎1日の勤務時間 10時00分～16時30分 5.5時間勤務

不規則の場合は下欄に記入してください

--

上記のとおり証明いたします。

令和3年 10月 1日

所在地
会社名
代表者名
電話