

年間給与等支払証明書(見込)

- 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、雇用形態変更日以降の1年分をご記入ください

氏名	健保 花子	(採用年月日: 1年 7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)
1年 8月		66,000円	12日	5.5時間	円	1,200円
1年 9月		71,500円	13日	5.5時間	円	1,300円
1年 10月		71,500円	13日	5.5時間	円	1,300円
1年 11月		66,000円	12日	5.5時間	円	1,200円
1年 12月		66,000円	12日	5.5時間	円	1,200円
2年 1月	○	66,000円	12日	5.5時間	円	1,200円
2年 2月	○	66,000円	12日	5.5時間	円	1,200円
2年 3月	○	66,000円	12日	5.5時間	円	1,200円
2年 4月	○	66,000円	12日	5.5時間	円	1,200円
2年 5月	○	66,000円	12日	5.5時間	円	1,200円
2年 6月	○	66,000円	12日	5.5時間	円	1,200円
2年 7月	○	66,000円	12日	5.5時間	円	1,200円
年間計		803,000円			円	14600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

◎雇用形態が正社員以外の場合は、下記事項もご記入下さい。

正社員の1ヶ月の勤務日数 23 日

正社員の1日の勤務時間 8 時間

上記のとおり証明いたします。

1年 1月 10日 所在地
会社名
代表者名
電話

