給付申告様式第6号

給与支払（見込）証明書

氏　　名		生年月日	昭和・平成　　年　　月　　日
雇　用　形　態	□ 一般社員　□パート･アルバイト　□その他（　　）		
雇用開始年月日	平成 ・ 令和　　年　　月　　日		
退　職　年　月　日	平成 ・ 令和　　年　　月　　日		
支　給　日　等	締め日　　日　　□当月・□翌月　　日支給		

勤務年月	給与支給日	給与等の額（交通費･諸手当を含む）	勤務年月	給与支給日	給与等の額（交通費･諸手当を含む）
年　月分	／	円	年　月分	／	円
年　月分	／	円	年　月分	／	円
年　月分	／	円	年　月分	／	円
年　月分	／	円	年　月分	／	円
年　月分	／	円	年　月分	／	円
年　月分	／	円	年　月分	／	円

賞与等　□ なし　□ あり 支給日　　年　　月　　日　支給額　　円 支給日　　年　　月　　日　支給額　　円	合　計（給与等＋賞与等）	円
健康保険加入状況	□ 無　・　□ 有（　　年　　月　　日加入）	

上記のとおり証明します。

公立学校共済組合群馬支部長　あて

令和　　年　　月　　日

所　在　地

名　　称

代表者氏名　　印

電 話 番 号

※　公立学校共済組合(健康保険)の被扶養者認定・取消等に使用する書類です。
　　ご協力をお願いします。

※　該当する□内にレ印を付してください。

※　給与等の額は、現在以降１年間の見込額を記載してください。
　　見込額が記載できないときは、現在以前の支給額を記入してください。