

給与支払証明書

該当箇所に必要事項を記入してください。該当箇所に※がある場合は○印を記入してください。

事業所名				
被用者氏名		生年月日 年 月 日		
就職(雇用開始)日		年 月 日		
退職(雇用終了)日		年 月 日		
勤務日数※		(日) / 月 ・ 週 , 不定期		
給料※		(円) / 月 ・ 週 ・ 日 ・ 時間		
通勤手当※		(円) / 月 ・ 週 ・ 日 , 無 , 不定		
健康保険適用の有無※		有 ・ 無		
健康保険加入日		年 月 日		
給 与 支 給 総 額	支給月区分 (年・月)	支給日	総支給額 (円) (給料・諸手当・通勤手当を含む)	賞与 (円)
		月 日		
		月 日		
		月 日		
		月 日		
		月 日		
		月 日		
		月 日		
		月 日		
		月 日		
		月 日		
		月 日		
		月 日		
	合計			
給与等の支払状況を上記のとおり証明します。				
公立学校共済組合神奈川支部長 殿				
年 月 日		事業所名		
		電話番号		
		事業主名		
				印