

給与等支払証明書

該当箇所に必要事項を記入してください。※の箇所には○印を記入してください。
総支給額（給料・諸手当・税金・通勤手当・諸手当等を含む）及び賞与額を記入してください。
支給がなかった月は、空白にせず「0（ゼロ）」と記入してください。
事業所の印を必ず押印してください。
原本を提出してください。

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 「有」の場合 ➡ 健康保険加入日 年 月 日			
給 与 等 支 給 総 額	勤務年月	支給日	総支給額（円） (給料・諸手当・税金・通勤手 当・諸手当等を含む)		賞与額（円）
	年 月分	年 月 日	,		,
	年 月分	年 月 日	,		,
	年 月分	年 月 日	,		,
	年 月分	年 月 日	,		,
	年 月分	年 月 日	,		,
	年 月分	年 月 日	,		,
	年 月分	年 月 日	,		,
	年 月分	年 月 日	,		,
	年 月分	年 月 日	,		,
	年 月分	年 月 日	,		,
	年 月分	年 月 日	,		,
	年 月分	年 月 日	,		,
	年 月分	年 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 様					
年 月 日		事業所名			
		事業所住所			
		事業所電話番号			
		事業主名		事業所の印 (印)	