

給 与 等 支 払 証 明 書

(被扶養者資格調査用)

氏 名	
住 所	

1 雇用条件等（○印及び証明事項を記入してください。）

(1) 当初の雇用条件

① 雇用期間

勤務開始年月日	年 月 日	
雇用期間の定めの有無	有 ・ 無	「有」の場合は期間を記入してください。
「有」の場合の雇用期間	年 月 日 ～ 年 月 日	
雇用期間の更新の有無	有 ・ 無	「有」の場合 年 月 日まで

② 給与等

ア 月給の場合	月額 円
イ 日給の場合	日額 円 (月平均 日勤務、交通費含む月平均 円支給)
ウ 時給の場合	時間単価 円 (1日 時間・月平均 日勤務、交通費含む月平均 円支給)

③ 健康保険の適用

有 → 年 月 日資格取得	無
---------------	---

(2) 変更後の雇用条件（当初の雇用条件に変動がない場合は記入不要です。）
雇用期間中に雇用条件（時間給単価、勤務時間数等）の変更があった場合、変更年月日及び
変更後の雇用条件等

雇用条件変更年月日	年 月 日	年 月 日
変更後の雇用条件	・ 時間単価 円 ・ 1日 時間・月 日勤務 ・ 交通費 () 円 ・ 交通費含む月平均 () 円支給	・ 時間単価 円 ・ 1日 時間・月 日勤務 ・ 交通費 () 円 ・ 交通費含む月平均 () 円支給

2 給料等の支払額（交通費等非課税額を含む。）

支払年月	給料等金額（ア）	交通費等（イ） （非課税額含む。）	賞与等（ウ）	支給総額（エ）＝（ア）＋（イ）＋（ウ） （非課税額含む。）
令和7年9月				
令和7年10月				
令和7年11月				
令和7年12月				
令和8年1月				
令和8年2月				
令和8年3月				
令和8年4月				
令和8年5月				
令和8年6月				
令和8年7月				
令和8年8月				
合計				

上記のとおり相違ないことを証明します。

令和 年 月 日

公立学校共済組合京都支部長 様

使用者 所在地
代 表 者 氏 名

印

◎ 事業主の方へ この書式は、当共済組合の被扶養者の所得要件の確認に必要です。
令和7年9月から12ヶ月分の給料等の支払額（交通費等非課税額を含む。）を記入
していただきますようお願いします。

給 与 等 支 払 証 明 書 （記入例）

(被扶養者資格調査用)

氏 名	〇〇〇〇〇
住 所	〇〇〇〇〇〇〇〇〇

1 雇用条件等（○印及び証明事項を記入してください。）

(1) 当初の雇用条件

① 雇用期間

勤務開始年月日	令和 4 年 4 月 1 日	
雇用期間の定めの有無	☒ 有 ・ 無	「有」の場合は期間を記入してください。
「有」の場合の雇用期間	令和 4 年 4 月 1 日 ~ 令和 8 年 10 月 31 日	
雇用期間の更新の有無	☒ 有 ・ 無	「有」の場合 令和 9 年 3 月 31 日まで

② 給与等

ア 月給の場合	月額 円
イ 日給の場合	日額 円 (月平均 日勤務、交通費含む月平均 円支給)
ウ 時給の場合	時間単価 1.100 円 (1日 4 時間・月平均 13 日勤務、交通費含む月平均 43.120 円支給)

③ 健康保険の適用

有 → 年 月 日資格取得	☒ 無
---------------	------------------------------------

(2) 変更後の雇用条件（当初の雇用条件に変動がない場合は記入不要です。）

雇用期間中に雇用条件（時間給単価、勤務時間数等）の変更があった場合、変更年月日及び
変更後の雇用条件等

雇用条件変更年月日	令和 7 年 10 月 1 日	令和 年 月 日
変更後の雇用条件	・ 時間単価 1.200 円 ・ 1日 4 時間・月 9 日勤務 ・ 交通費 (1.000) 円 ・ 交通費含む月平均 (44.200) 円支給	・ 時間単価 円 ・ 1日 時間・月 日勤務 ・ 交通費 () 円 ・ 交通費含む月平均 () 円支給

2 給料等の支払額（交通費等非課税額を含む。） 金額は、実際に支給した月で記入すること。

支払年月	給料等金額（ア）	交通費等（イ） (非課税額含む。)	賞与等（ウ）	支給総額（エ）＝（ア）＋（イ）＋（ウ） (非課税額含む。)
令和7年9月	48.000	1.000		49.000
令和7年10月	52.800	1.000		53.800
令和7年11月	66.000	1.000		67.000
令和7年12月	48.400	1.000	20.000	69.400
令和8年1月	66.000	1.000		67.000
令和8年2月	46.200	1.000		47.200
令和8年3月	82.500	1.000		83.500
令和8年4月	36.300	1.000		37.300
令和8年5月	36.300	1.000		37.300
令和8年6月	44.000	1.000	20.000	65.000
令和8年7月	48.400	1.000		49.400
令和8年8月	30.800	1.000		31.800
合計	605.700	12.000	40.000	657.700

上記のとおり相違ないことを証明します。

令和 8 年 9 月 9 日

公立学校共済組合京都支部長 様

使用者 所在地 名称 (株) 〇〇〇〇〇
代表者氏名 〇〇〇〇〇

印

印

◎ 事業主の方へ この書式は、当共済組合の被扶養者の所得要件の確認に必要です。
令和7年9月から12ヶ月分の給料等の支払額（交通費等非課税額を含む。）を記入
していただきますようお願いします。