

給与支払見込証明書

認定を受けようとする方（被扶養者）の氏名を記入してください。

従業員氏名： 公立 花子

給与を支払ったタイミングではなく、勤務月を基準に記入してください。
（例：5月勤務分を6月に支払っても、それは5月分の給与）

勤務形態： アルバイト

勤務形態（職種）を記入してください

勤務対象月	給与支払総額 (非課税分・ボーナス含む)	備考
令和〇年〇月	64,000円	
令和〇年〇月		証明対象期間は認定事由発生日から向こう1年間としてください。
令和〇年〇月	88,000円	
令和〇年〇月	96,000円	当共済組合の被扶養者認定における収入要件については、支払額ではなく総支給額を基に判断することになっていま
令和〇年〇月	96,000円	
令和〇年〇月	96,000円	
令和〇年〇月	130,000円	ボーナス5万円含む
令和〇年〇月	80,000円	
令和〇年〇月	56,000円	
令和〇年〇月	56,000円	
令和〇年〇月	88,000円	
令和〇年〇月	150,000円	ボーナス6万円含む
合計	1,088,000円	

健康保険加入の有無 有 無

上記のとおり証明します。

令和〇年〇月〇日 〒 123 - XXXX

〇〇県 〇〇市 〇〇町〇-〇

〇〇スーパー 〇〇店

(役職名・氏名)

店長 厚生 一郎

厚生

勤務先で社会保険（健康保険）に加入するかどうかを記入してください。

TEL: XX - XXXX - XXXX