

# 給与支払見込証明書

従業員氏名： \_\_\_\_\_

勤務形態： \_\_\_\_\_

記

対象月	給与支払総額 (非課税分・ボーナス含む)	備考
年 月	円	
年 月	円	
年 月	円	
年 月	円	
年 月	円	
年 月	円	
年 月	円	
年 月	円	
年 月	円	
年 月	円	
年 月	円	
年 月	円	
年 月	円	
年 月	円	
合計	円	

健康保険加入の有無 有 ・ 無

上記のとおり証明します。

\_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

〒

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

(役職名・氏名)

\_\_\_\_\_  
⑩

TEL : \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_