

### 雇用契約・給与支払（支払見込）証明書

氏名		性別	男・女	生年月日	年 月 日
勤務開始日	年 月 日				
医療保険制度加入の有無	有 ・ 無				
雇用保険制度加入の有無	有 ・ 無				
雇用契約期間	年 月 日から 年 月 日				

#### 給与支払（支払見込）額の内訳

支給（予定）日	毎 月		賞 与		合 計
	就労期間	総支給（予定）額 (交通費、諸手当含む)	支給（予定）日	支給（予定）額	
年 月 日	/ ~ /	円	/ ~ /	円	円
年 月 日	/ ~ /	円	/ ~ /	円	円
年 月 日	/ ~ /	円	/ ~ /	円	円
年 月 日	/ ~ /	円	/ ~ /	円	円
年 月 日	/ ~ /	円	/ ~ /	円	円
年 月 日	/ ~ /	円	/ ~ /	円	円
年 月 日	/ ~ /	円	/ ~ /	円	円
年 月 日	/ ~ /	円	/ ~ /	円	円
年 月 日	/ ~ /	円	/ ~ /	円	円
年 月 日	/ ~ /	円	/ ~ /	円	円
年 月 日	/ ~ /	円	/ ~ /	円	円
年 月 日	/ ~ /	円	/ ~ /	円	円
年 月 日	/ ~ /	円	/ ~ /	円	円
合 計		円		円	円

#### ※ 年 月 日支払分より見込み。

賃金の支給形態	雇用時の契約・条件提示の有無	時給（ 円）日給（ 円）
	有 ・ 無	月給（ 円）
1日あたりの勤務時間	雇用時の契約・条件提示の有無	午前・午後 : ~午前・午後 :
	有 ・ 無	
1か月あたりの勤務日数	雇用時の契約・条件提示の有無	1か月あたり 日
	有 ・ 無	

上記のとおり証明します。		
年 月 日	所在地	
	事業所名	
	代表者名	印
	電話番号	

※事業主の皆様へ

公立学校共済組合の被扶養者認定・取消等に使用する書類ですので、証明をお願いします。

※組合員の皆様へ

被扶養者認定の場合は、向こう1年間の収入の証明をしてもらってください。雇用契約期間が向こう1年以内に終了する場合は、雇用契約期間終了までの収入見込みの証明をもらってください。

※日付は和暦で記入してください。