

給与支払(見込み)証明書

被雇用者氏名		雇用形態	<input type="checkbox"/> 正社員 <input type="checkbox"/> パート・アルバイト
雇用開始日または雇用契約変更日	平成・令和 年 月 日	貴社従業員数	_____人
労働契約	1日の労働時間_____時間 1週間の労働時間_____時間 1カ月_____日勤務	給与	時給_____円・日給_____円 月額およそ_____円 年額およそ_____円
賞与	<input type="checkbox"/> 支給なし <input type="checkbox"/> 支給あり _____円/年	通勤手当	<input type="checkbox"/> 支給なし <input type="checkbox"/> 支給あり <input type="checkbox"/> 課税 <input type="checkbox"/> 非課税 _____円/日 _____円/月
社会保険	健康保険		雇用保険
	<input type="checkbox"/> 適用 <input type="checkbox"/> 不適用		<input type="checkbox"/> 適用 <input type="checkbox"/> 不適用

上記の者の本年1月～12月、または当月から1年間の給与合計額
(交通費を含む)は130万円未満であることを証明します。

令和 年 月 日

事業所所在地
事業所名称
事業主氏名
連絡先電話番号

最新の源泉徴収票が発行されましたら、速やかにその写しを貴組合へ提出致します。

保険証記号・番号 ()・()

被保険者氏名