

支払報酬額証明書

| | |
|-----------|--|
| 報酬支払対象者氏名 | |
| 合計報酬額 | H・R 年 月 日 ~ H・R 年 月 日 円 |
| 交通費 | <input type="checkbox"/> 支給なし <input type="checkbox"/> 支給有 上記報酬額に含む |

上記の者への報酬額を証明します。

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

⑩

上記内容をご報告いたします。

保険証記号・番号 ()・()

被保険者氏名 _____