

検認

給与明細がない等、必要な方のみ使用してください。
会社役員は使用できません。
この用紙は検認時のみ使用できます。

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	H・R 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

上記の者は、当社にて雇用しており、給与合計見込額は年間（※）で、59歳以下の者は130万円未満（非課税交通費を含む）、60歳以上の者または障害年金受給者は180万円未満（非課税交通費を含む）であることを管理・証明します。

※ 年間とは、暦の期間（1月1日から12月31日まで）のみならず、計算開始から連続する12ヵ月（例：4月1日から翌年3月31日）を意味します。

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

⑨

上記内容をご報告し、対象被扶養者の最新の源泉徴収票が発行され次第、直ちにその写しを提出いたします。

保険証記号・番号 ()・()

被保険者氏名 _____