

## 報酬支払(見込み)証明書

被雇用者氏名		契約日	H・R	年	月	日
--------	--	-----	-----	---	---	---

上記の者の本年1月～12月、または当月から1年間の報酬合計額  
(諸経費を含む)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

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 \_\_\_\_\_