

給与支払証明願

プルデンシャル健康保険組合の被扶養者認定申請・確認に必要なため、下記の事項について証明をお願いいたします。なお、本年中に就業を開始した場合は、就業開始日より1年間について見込額を含めて証明していただくようお願いいたします。

給与支払証明

プルデンシャル健康保険組合 御中

(氏名) _____ の給与等については、下記のとおりであることを証明いたします。

年分の給与等支払実績・見込額			年分の給与等支払実績・見込額		
支給月	非課税分を含む総支給額		支給月	非課税分を含む総支給額	
1月	円	実績・見込	1月	円	実績・見込
2月	円	実績・見込	2月	円	実績・見込
3月	円	実績・見込	3月	円	実績・見込
4月	円	実績・見込	4月	円	実績・見込
5月	円	実績・見込	5月	円	実績・見込
6月	円	実績・見込	6月	円	実績・見込
7月	円	実績・見込	7月	円	実績・見込
8月	円	実績・見込	8月	円	実績・見込
9月	円	実績・見込	9月	円	実績・見込
10月	円	実績・見込	10月	円	実績・見込
11月	円	実績・見込	11月	円	実績・見込
12月	円	実績・見込	12月	円	実績・見込
賞与等 月	円	実績・見込	賞与等 月	円	実績・見込
賞与等 月	円	実績・見込	賞与等 月	円	実績・見込
賞与等 月	円	実績・見込	賞与等 月	円	実績・見込
合計	円		合計	円	

上記記載事項に相違ないことを確認しました。

証明年月日 年 月 日

所在地 _____

事業所名 _____

代表者名 _____ 印

電話番号 _____

事業内容 _____

家族従業員または専従者給与者である はい ・ いいえ