

記入見本

健保 確認			
----------	--	--	--

日本電子健康保険組合 理事長殿

記号 - 番号	65 - 10598
被保険者氏名	健保 太郎

給与支払証明書

氏名	健保 花子
雇用開始年月日	和暦 ○○ 年 4 月 1 日
雇用形態	正社員・派遣社員・パート・アルバイト・その他()

直近の1年間の給与収入と賞与の実績をご記入ください。

支払年月日	給与	交通費	月合計
和暦 ○○ 年 4 月	65,260 円	1,000 円	66,260 円
年 5 月	65,500 円	1,000 円	66,500 円
年 6 月	76,880 円	1,000 円	77,880 円
年 7 月	51,489 円	1,000 円	52,489 円
年 8 月	65,260 円	1,000 円	66,260 円
年 9 月	89,525 円	1,000 円	90,525 円
年 10 月	65,200 円	1,000 円	66,200 円
年 11 月	58,005 円	1,000 円	59,005 円
年 12 月	98,500 円	1,000 円	99,500 円
年 月	円	円	円
年 月	円	円	円
年 月	円	円	円
合計	635,619 円	9,000 円	644,619 円

支払年月日	賞与
年 月	円
年 月	円
年 月	円

和暦	和暦 ○○ 年 3 月 25 日
※下記会社名等は「ゴム印」の押印をお願いします。 ゴム印がない場合は備考欄に「ゴム印を作成していません」と記載してください。	
給与支払者	住所 ○○市 ○○ 5-6-2
	電話番号 ○○ (××××)○○×
	名称及び氏名 △△△株式会社
	備考 ゴム印は作成していないため手書きです

基本社印は不要ですが、
ゴム印押印をお願いします。
ゴム印がない場合は、
その旨を備考欄にご記載ください。