

健 保 確 認			
------------------	--	--	--

日本電子健康保険組合 理事長殿

記号 - 番号	-
被保険者氏名	

給 与 支 払 見 込 証 明 書

氏 名	
雇用開始年月日	和 暦 年 月 日
雇 用 形 態	正社員 ・ 派遣社員 ・ パート ・ アルバイト ・ その他()
給与が減る理由	

今後の給与の見込みをご記入ください。

支払年月日	給与	交通費	月合計
和暦 年 月	円	円	円
年 月	円	円	円
年 月	円	円	円
年 月	円	円	円
年 月	円	円	円
年 月	円	円	円

支払年月日	賞与
和暦 年 月	円
年 月	円

和暦 年 月 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」など現状をご記載ください。

給与支払者 住 所

電話番号

名称及び氏名

備 考