

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 見 込 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 ()
給与が減る理由	育児休業が終了し令和○年4月から復帰予定ですが、復帰後は本人が時間短縮勤務を希望しているため、給与は下記の予定になります。

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 4 月	160,000 円	4,500 円	164,500 円
			年 5 月	160,000 円	4,500 円	164,500 円
			年 6 月	160,000 円	4,500 円	164,500 円
			年 7 月	160,000 円	4,500 円	164,500 円
			年 8 月	160,000 円	4,500 円	164,500 円
			年 9 月	160,000 円	4,500 円	164,500 円

支払年月日				賞与
和暦	○○	□	年 7 月	164500 円
			年 12 月	164500 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 ○○ 5-6-201	
	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、
その旨を空欄に記載ください。