

(提出先)ユニプレス健康保険組合

# 給与支払(見込み)証明書

氏名

雇用開始日 年 月 日

雇用契約変更(予定)日 年 月 日

社会保険加入状況 健康保険: 有・無

厚生年金: 有・無

雇用保険: 有・無

	支払年月	給与支払額	通勤費 (非課税分含)	給与支払総額	備考
1	年 月	円	円	円	
2	年 月	円	円	円	
3	年 月	円	円	円	
4	年 月	円	円	円	
5	年 月	円	円	円	
6	年 月	円	円	円	
7	年 月	円	円	円	
8	年 月	円	円	円	
9	年 月	円	円	円	
10	年 月	円	円	円	
11	年 月	円	円	円	
12	年 月	円	円	円	
賞与( 年 月 日支給)				円	
賞与( 年 月 日支給)				円	
賞与( 年 月 日支給)				円	
合計				円	

上記のとおり給与支払(見込)したことを証明します。

事業所所在地

事業所名  
代表者名

印

電話番号

## 【記入方法】

☆上記で指定した12ヶ月分の支払(見込)額を記載してください。(指定がない場合は当年分)

☆今後の支払額については見込額を記載してください。

☆雇用されたばかりの方は、その月から12ヶ月分

※この証明書に記入された個人情報、健康保険業務以外には利用いたしません。