

## 給与（見込）額証明書

|               |                  |            |         |
|---------------|------------------|------------|---------|
| 現住所           |                  |            |         |
| 氏名            |                  |            |         |
| 就職年月日または契約変更日 | 平成・令和            | 年          | 月 日     |
| 雇用形態          | 1日の就業時間（ ）時間（ ）分 | 週の実働日数（ ）日 |         |
| 給与形態          | 時給・日給・月給         |            | 円       |
| 健康保険の加入状況     | 有 ・ 無            |            |         |
| 平成・令和 年       | いずれかを○で囲む        | 総支給額       | 内非課税交通費 |
| 1月            | 見込・実績            | 円          | 円       |
| 2月            | 見込・実績            | 円          | 円       |
| 3月            | 見込・実績            | 円          | 円       |
| 4月            | 見込・実績            | 円          | 円       |
| 5月            | 見込・実績            | 円          | 円       |
| 6月            | 見込・実績            | 円          | 円       |
| 7月            | 見込・実績            | 円          | 円       |
| 8月            | 見込・実績            | 円          | 円       |
| 9月            | 見込・実績            | 円          | 円       |
| 10月           | 見込・実績            | 円          | 円       |
| 11月           | 見込・実績            | 円          | 円       |
| 12月           | 見込・実績            | 円          | 円       |
| 賞与（ 月）        | 見込・実績            | 円          | 円       |
| 賞与（ 月）        | 見込・実績            | 円          | 円       |
| 合 計           |                  | 円          | 円       |

令和 年 月 日

アコム健康保険組合理事長 殿

上記のとおり給与（見込）額を証明します。

|                       |   |
|-----------------------|---|
| 所在地<br>事業所名称<br>代表者氏名 | 印 |
| 担当部署名                 |   |
| 担当者氏名                 |   |
| 電話番号                  |   |