

## 給与収入(支払見込)証明書

氏 名

採用年月日 年 月 日

給与支払月(見込)	給与支払金額(見込)
年 月支払(見込)	円
年 月支払(見込)	円
年 月支払(見込)	円
年 月支払(見込)	円
年 月支払(見込)	円
年 月支払(見込)	円
年 月支払(見込)	円
年 月支払(見込)	円
年 月支払(見込)	円
年 月支払(見込)	円
年 月支払(見込)	円
年 月支払(見込)	円
年 月支払(見込)	円
年 月支払(見込)	円
計	円

※ 直近一年間の給与の支払(見込)額を記入してください。

※ 雇用契約書の写しの添付してください。

上記のとおり証明します。

令和 年 月 日

〒

事業所所在地

事業所名称

代 表 者

※ この証明書等は、服装健康保険組合の被扶養者として認定する際の審査に必要な書類です。

※ この証明書等に記入された個人情報、被扶養者認定の審査以外には使用いたしません。

※ 給与収入以外の収入がある方は、直近の課税(非課税)証明書や確定申告書の写し等、別途、必要書類の提出を求められることがあります。