

【給与等年間見込額証明書】

※支払者様へ

下記内容につきまして貴社に在籍中の従業員様の年間見込収入等について証明をお願いいたします。
この証明書は、対象者の被扶養者資格を確認するため、オートバックス健康保険組合に提出するものです。

対象者氏名	
入社日(勤務開始日)	平成 年 月 日より
給与計算締日/支払日	毎月 日 / 毎月 日

※支払開始年月から1年間の見込金額の記入をお願いします。(税込金額)

支払年月	①支払金額	②交通費	合計(①+②)
平成 年 月	円	円	円
平成 年 月	円	円	円
平成 年 月	円	円	円
平成 年 月	円	円	円
平成 年 月	円	円	円
平成 年 月	円	円	円
平成 年 月	円	円	円
平成 年 月	円	円	円
平成 年 月	円	円	円
平成 年 月	円	円	円
平成 年 月	円	円	円
平成 年 月	円	円	円
賞与 平成 年 月	円	円	円
賞与 平成 年 月	円	円	円
	円	円	円
合 計	円	円	円

証明日 平成 年 月 日

所在地

会社名
(団体名)

代表者名

印