

【給与等支払証明書】

対象者氏名 _____

入社日 _____ 年 月 日

退職日 _____ 年 月 日

対象者の平成29年9月～平成30年8月支給までの給与・賞与について下記の通りであることを証明いたします。

支払年月	①支払金額	②交通費	合計(①+②)
平成29年 9月	円	円	円
平成29年10月	円	円	円
平成29年11月	円	円	円
平成29年12月	円	円	円
平成30年 1月	円	円	円
平成30年 2月	円	円	円
平成30年 3月	円	円	円
平成30年 4月	円	円	円
平成30年 5月	円	円	円
平成30年 6月	円	円	円
平成30年 7月	円	円	円
平成30年 8月	円	円	円
賞与 平成 年 月	円		円
賞与 平成 年 月	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)

※ 支払者様へ・・・この証明書は、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。
給与等の支払いについて、この用紙にて証明していただきますようお願いいたします。