

# 【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30年8月～令和元年7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30年 8月	円	円	円
平成30年 9月	円	円	円
平成30年10月	円	円	円
平成30年11月	円	円	円
平成30年12月	円	円	円
平成31年 1月	円	円	円
平成31年 2月	円	円	円
平成31年 3月	円	円	円
平成31年 4月	円	円	円
令和 元年 5月	円	円	円
令和 元年 6月	円	円	円
令和 元年 7月	円	円	円
賞与 年 月	円		円
賞与 年 月	円		円
	円	円	円
合 計	円	円	円

証明日 令和 \_\_\_\_\_ 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。