

【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

対象者の令和1年8月支給～令和2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。

支払年月日	①支払金額	②交通費	合計(①+②)
令和 1年 8月__日	円	円	円
令和 1年 9月__日	円	円	円
令和 1年10月__日	円	円	円
令和 1年11月__日	円	円	円
令和 1年12月__日	円	円	円
令和 2年 1月__日	円	円	円
令和 2年 2月__日	円	円	円
令和 2年 3月__日	円	円	円
令和 2年 4月__日	円	円	円
令和 2年 5月__日	円	円	円
令和 2年 6月__日	円	円	円
令和 2年 7月__日	円	円	円
賞与 令和__年__月	円		円
賞与 令和__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、被扶養者認定のため、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。

支払のない月については、「0」円とご記入ください。