

直近の就労開始のため給与明細の発行がない、又は1ヵ月～2ヵ月分しか発行していない場合に証明してください。

別紙2

## 【給与等年間見込額証明書】

対象者氏名	
入社日(勤務開始日)	令和____年____月____日より
給与計算締日/支払日	毎月____日締め / 毎月____日支払

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。

①の支払金額は所得税・雇用保険料等が控除される前の金額を記入してください。

支払年月	①支払金額	②交通費	合計(①+②)
令和____年____月	円	円	円
令和____年____月	円	円	円
令和____年____月	円	円	円
令和____年____月	円	円	円
令和____年____月	円	円	円
令和____年____月	円	円	円
令和____年____月	円	円	円
令和____年____月	円	円	円
令和____年____月	円	円	円
令和____年____月	円	円	円
令和____年____月	円	円	円
令和____年____月	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 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。