

【給与等支払証明書】

別紙1

対象者氏名

入社日 年 月 日

退職日 年 月 日

対象者の令和4年8月支給～令和5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。

※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。

支払年月日	①支払金額	②交通費	合計(①+②)
令和4年8月____日	円	円	円
令和4年9月____日	円	円	円
令和4年10月____日	円	円	円
令和4年11月____日	円	円	円
令和4年12月____日	円	円	円
令和5年1月____日	円	円	円
令和5年2月____日	円	円	円
令和5年3月____日	円	円	円
令和5年4月____日	円	円	円
令和5年5月____日	円	円	円
令和5年6月____日	円	円	円
令和5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。全ての年月について証明が必要です。支払いのない月は、「0」円とご記入ください。