

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。