

【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 年 月～令和 年 月までの給与・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	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
令和 年 月	円	円	円
賞与 令和 年 月	円	円	円
賞与 令和 年 月	円	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。