

給 与 支 払 証 明 書

住 所			
氏 名			
生 年 月 日	大正 ・ 昭和 ・ 平成	年	月 日 生まれ
一日の勤務時間	: ~ :	(時間)
一週間の勤務日数	日	(又は、一ヵ月の勤務日数	日)
時 給	円	雇 用 年 月 日	年 月 日

直前1年間の給与支払い状況について下記に記入願います。

年 月	一ヵ月の勤務日数	一日の平均実労働時間	総 支 給 額
年 月	日	時間	円
年 月	日	時間	円
年 月	日	時間	円
年 月	日	時間	円
年 月	日	時間	円
年 月	日	時間	円
年 月	日	時間	円
年 月	日	時間	円
年 月	日	時間	円
年 月	日	時間	円
年 月	日	時間	円
年 月	日	時間	円
年 月	日	時間	円
年 月	日	時間	円

健康保険に加入できない理由 (○をつけてください)

- 1 適用事業所でないため
- 2 適用事業所であるが、1日の所定労働時間が一般社員の4分の3に満たないため
- 3 その他 (詳しく記入してください)

備 考

上記について相違ないことを証明いたします。

平成 年 月 日

住 所

会 社 名

代 表 者 名

印

※ 新規採用者については、勤務見込み時間及び見込み給与額を記入して下さい。