

給 与 （ 見 込 ） 証 明 書

現住所			
氏 名			
就職年月日・雇用契約変更日 (いずれかに○印をつけてください。)		(※1)	年 月 日
雇用形態	1日の就業時間 () 時間 () 分	週の就業日数 () 日	
給料形態	時給 ・ 日給 ・ 月給	円	
健康保険の加入状況		有 ・ 無	
年	いずれかに○印をつけてください。	総支給額	内非課税交通費(※2)
1月	(見込 ・ 実績)	円	円
2月	(見込 ・ 実績)	円	円
3月	(見込 ・ 実績)	円	円
4月	(見込 ・ 実績)	円	円
5月	(見込 ・ 実績)	円	円
6月	(見込 ・ 実績)	円	円
7月	(見込 ・ 実績)	円	円
8月	(見込 ・ 実績)	円	円
9月	(見込 ・ 実績)	円	円
10月	(見込 ・ 実績)	円	円
11月	(見込 ・ 実績)	円	円
12月	(見込 ・ 実績)	円	円
賞与 (月)	(見込 ・ 実績)	円	円
賞与 (月)	(見込 ・ 実績)	円	円
合計		円	円
今後の1年間の支給予定額 (年 月～ 年 月分)		円	円

〈記入上の注意事項〉

※1 雇用契約に変更があり、雇用形態、賃金等に変更があった場合は、雇用契約変更日をご記入ください。

※2 総支給額に含まれる非課税交通費は、必ず記入してください。(税法上の扶養審査で必要となります。)

上記のとおりであることを証明します。 年 月 日

事 業 所	所在地	(印)
	事業所名称	
	代表者氏名	
担 当 者	部署名	
	担当者名	
	電話番号	

記載内容に不明な点がある場合は、ご担当者様にお問合せさせていただくことがあります。

※ご記入いただいた個人情報は、扶養の手続きにのみ利用させていただきます。