

令和____年分給与支払（見込）証明書

氏名

入社日

退職日

勤務日数

日/月

勤務時間

時間/日

対象者の1月～12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。

支払月	①支払金額	②見込金額	③交通費	合計（①又は②+③）
1月	円	円	円	円
2月	円	円	円	円
3月	円	円	円	円
4月	円	円	円	円
5月	円	円	円	円
6月	円	円	円	円
7月	円	円	円	円
8月	円	円	円	円
9月	円	円	円	円
10月	円	円	円	円
11月	円	円	円	円
12月	円	円	円	円
賞与 月	円	円		円
賞与 月	円	円		円
	円	円		円
合計	源泉徴収票の「支払金額」 円	円	円	円

証明日 令和 年 月 日

所在地

会社名

代表者名

印

連絡先

()

※支払者の方へ：この証明書は被扶養者資格を確認するため、三井化学健康保険組合に提出するものです。

この用紙に1月～12月の支払済み金額及び見込金額を証明していただきますようお願い致します。