

給与等支払見込み額証明書

年 月 日

名古屋鉄道健康保険組合
理 事 長 殿

被保険者 氏名 _____

記号 _____ : 番号 _____

(続柄)

(被扶養者氏名)

私の _____ (年 月 日生) に、
勤務先から支払われた給与は、以下の通りです。

以下に扶養認定を受けようとする方の勤務先で証明を受けて下さい。

雇用開始日	年 月 日	
現在の雇用条件になった日	年 月 日～	
↓いづれかに○をつけて下さい。		
労働時間	1日	時間 分
	1週	
	1ヵ月	
休 日 数	1週	日
	1ヵ月	
給 料	時給 週給 月給 交通費 その他手当等	(複数の単価がある場合はすべて記入) 円
月間支給見込み額 (1ヵ月は4.3週で計算して下さい)	(計算式も記入してください) 円	
賞 与 等	有り	年間支給回数 回
	無し	年間支給見込み額 円
年間支給見込み額	円	
雇用保険	有・無	健康保険
	有・無	厚生年金
		有・無

※該当欄に○をつけてください。

上記内容に相違ありません

事業所名

代表者名

印