

# 給 与 支 払 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 \_\_\_\_\_ 印  
記号 \_\_\_\_\_ : 番号 \_\_\_\_\_

( 続 柄 ) ( 扶 養 者 氏 名 ) ( 生 年 月 日 )  
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。

①雇用開始日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

②給与支払を受けている会社名 → \_\_\_\_\_

③給与支払額

(1年間の控除等、  
差引前の総支給金額  
を記入してください)

支払年月	金額(交通費・手当て含む)
年 月	円
年 月	円
年 月	円
年 月	円
年 月	円
年 月	円
年 月	円
年 月	円
年 月	円
年 月	円
年 月	円
年 月	円
年 月	円
年 月	円
年 月	円
賞与	円
合 計	円

上記内容に相違ありません

事業所名

代表者名

印

この用紙は給与明細等がない場合のみ、使用して下さい。給与明細が再発行可能な場合はできる限り給与明細を提出して下さい。