

給与等支払見込み額証明書

平成 31 年 4 月 20 日

名古屋鉄道健康保険組合
理事長 殿

被保険者 氏名 名鉄 太郎 名鉄印
記号 111 : 番号 555

(続柄) (被扶養者氏名) (生年月日)
私の 妻 ・ 名鉄 花子 (昭和 62 年 2 月 14 日生) の勤務先
における今後の労働条件及び収入見込み額は、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	平成 25 年 4 月 1 日				
現在の雇用条件になった日	平成 31 年 4 月 1 日～				
↓ いづれかに○をつけて下さい。					
労働時間	<input checked="" type="radio"/> 1日	5 時間 00 分			
	<input type="radio"/> 1週				
	<input type="radio"/> 1ヵ月				
休日数	<input checked="" type="radio"/> 1週	3 日			
	<input type="radio"/> 1ヵ月				
	<input type="radio"/> 1ヵ月				
給料 (複数の単価がある場合はすべて記入)	<input checked="" type="radio"/> 時給	1,000 円			
	<input type="radio"/> 週給	円			
	<input type="radio"/> 月給	円			
	<input checked="" type="radio"/> 交通費	一月 5,000 円			
	<input type="radio"/> その他手当等	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) 5 時間 × 4 日 × 1,000 円 × 4.3 週 + 5,000 円 91,000 円				
賞与等	<input checked="" type="radio"/> 有り	年間支給回数 2 回			
	<input type="radio"/> 無し	年間支給見込み額 10,000 円			
年間支給見込み額	月額 × 12	1,102,000 円			
雇用保険	<input checked="" type="radio"/> 有 ・ <input type="radio"/> 無	健康保険	有 ・ <input checked="" type="radio"/> 無	厚生年金	有 ・ <input checked="" type="radio"/> 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 ○△□コンビニエンスストア

代表者名 神宮 前子 神宮印