

給与等支払見込み額証明書

令和5年 9月 1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  
記号 000 : 番号 0000

(続柄) (被扶養者氏名)

私の 妻 ・ 名鉄 花子 (昭和62年 2月 14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	平成 25 年 4 月 1 日				
現在の雇用条件になった日	令和 5 年 4 月 1 日～				
↓いづれかに○をつけて下さい。					
労働時間	1 日	5 時間 00 分			
	1 週				
	1 ヶ月				
	1 週				
休日数	1 ヶ月	3 日			
	時給	1,000 円			
給料 (複数の単価がある場合はすべて記入)	週給	円			
	月給	円			
	交通費	一月 5,000 円			
	その他手当等	円			
	月間支給見込み額 (1 ヶ月は 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	有り	年間支給回数 2 回			
	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

お勤め先の方に証明を  
受けてください

事業所名  
代表者名

印