

給与（見込）額証明書

現住所			
氏名			
就職年月日または契約変更日	平成 年 月 日		
雇用形態	1日の就業時間（ ）時間（ ）分	週の就業日数（ ）日	
給与形態	時給・日給・月給		円
健康保険の加入状況	有・無		
平成 年	いずれかを○で囲む	総支給額	内非課税交通費
1月	見込・実績	円	円
2月	見込・実績	円	円
3月	見込・実績	円	円
4月	見込・実績	円	円
5月	見込・実績	円	円
6月	見込・実績	円	円
7月	見込・実績	円	円
8月	見込・実績	円	円
9月	見込・実績	円	円
10月	見込・実績	円	円
11月	見込・実績	円	円
12月	見込・実績	円	円
賞与（ 月）	見込・実績	円	円
賞与（ 月）	見込・実績	円	円
合 計		円	円

平成 年 月 日

アコム健康保険組合

理事長 殿

上記のとおり給与（見込）額を証明します。

所在地 事業所名称 代表者氏名	④
担当部署名	
担当者氏名	
電話番号	