

年間収入見込額証明書

ミツバ健康保険組合 様

下記のとおり、給与(賃金)を支払った又は支払う予定であることを証明いたします。

令和 年 月 日

事業所所在地
事業所名称
事業主氏名
記入者氏名
電話番号

印

氏名		生年月日	昭・平・令和 年 月 日
住所			
雇用期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日	1週間の労働時間	時間
給与	・時間給 円 ・日当 円 ・その他() 円		

常時雇用者	1週間の所定労働時間	時間	1ヶ月の所定労働日数	日
-------	------------	----	------------	---

◇ご記入方法

直近3ヶ月の実績と実績以降9ヶ月分の予定を記入してください。
また、どうしても予定は記入できない場合は、直近の実績を12ヶ月分記入してください。

支払年月	区分	出勤日数	労働時間	支払(予定)金額 <諸手当を含む>
令和 年 月	実績・予定	日	時間	円
令和 年 月	実績・予定	日	時間	円
令和 年 月	実績・予定	日	時間	円
令和 年 月	実績・予定	日	時間	円
令和 年 月	実績・予定	日	時間	円
令和 年 月	実績・予定	日	時間	円
令和 年 月	実績・予定	日	時間	円
令和 年 月	実績・予定	日	時間	円
令和 年 月	実績・予定	日	時間	円
令和 年 月	実績・予定	日	時間	円
令和 年 月	実績・予定	日	時間	円
賞与	有・無 (右に賞与の年間合計額記入)			円
年間合計				円

ご記入頂いた個人情報は、当健保組合の被扶養者認定事務以外の目的で利用することはありません。

ミツバ健康保険組合(桐生市錦町2-2-14) Tel.0277-44-1209