**給与支払証明書**

給与の支払いを受けた者

氏名：

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 支払年月 | 給与支払総額（税等控除前の額） | 備考 |
| 　　　年　　　月 |  |  |
| 　　　年　　　月 |  |  |
| 　　　年　　　月 |  |  |
| 　　　年　　　月 |  |  |
| 　　　年　　　月 |  |  |
| 　　　年　　　月 |  |  |
| 　　　年　　　月 |  |  |
| 　　　年　　　月 |  |  |
| 　　　年　　　月 |  |  |
| 　　　年　　　月 |  |  |
| 　　　年　　　月 |  |  |
| 　　　年　　　月 |  |  |

健康保険被扶養者異動届に係る添付書類として、上記のとおり給与の支払いを証明いたします。

令和　　年　　月　　日

　　事業所所在地：

　　事業所名称：

　　事業主氏名：