

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		
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：