

# 給与支払証明書

令和 年 月 日

事業所所在地

名 称

代表者氏名

印

電話番号

次のとおり給与を支給したことを証明します。

氏 名		就職年月日	年 月 日	
毎月 日締め	当月・翌月 日払い	退職年月日	年 月 日	
雇用契約	就労時間 : ~ : (実働1日 時間) 月間就労日数: 日 時給: 円			
社会保険	雇用保険加入 有・無 健康保険加入 有・無			
支給年月	給与支給総額	賞与等	総支給額	備 考
令和 年 月	円	円	円	
令和 年 月	円	円	円	
令和 年 月	円	円	円	
令和 年 月	円	円	円	
令和 年 月	円	円	円	
令和 年 月	円	円	円	
令和 年 月	円	円	円	
令和 年 月	円	円	円	
令和 年 月	円	円	円	
令和 年 月	円	円	円	
令和 年 月	円	円	円	
令和 年 月	円	円	円	
合 計	円	円	円	

※給与支給総額欄には、通勤手当・時間外手当等、支給される諸手当を含めてください。  
また社会保険料・源泉所得税等を控除する前の総支給額(直近12ヶ月分)をご記入ください。  
※給与明細のコピーでも可。

ベシアグループ健康保険組合 (Tel027-210-0188)  
当組合健康保険手続上、必要な証明です。お手数をお掛け致しますがよろしくお願いたします。