

健保 確認			
----------	--	--	--

日本電子健康保険組合 理事長殿

記号 - 番号	65 - 10598
被保険者氏名	健保 太郎

給与支払見込証明書

氏名	健保 花子
雇用開始年月日	和暦 ○○ 年 4 月 1 日
雇用形態	正社員 ・ 派遣社員 ・ パート ・ アルバイト ・ その他()
給与が減る理由	育児休業が終了し令和○年4月から復帰予定ですが、復帰後は本人が時間短縮勤務を希望しているため、給与は下記の予定になります。

今後の給与の見込みをご記入ください。

支払年月日	給与	交通費	月合計
和暦 ○○ 年 4 月	160,000 円	4,500 円	164,500 円
年 5 月	160,000 円	4,500 円	164,500 円
年 6 月	160,000 円	4,500 円	164,500 円
年 7 月	160,000 円	4,500 円	164,500 円
年 8 月	160,000 円	4,500 円	164,500 円
年 9 月	160,000 円	4,500 円	164,500 円

支払年月日	賞与
和暦 ○○ 年 7 月	164500 円
年 12 月	164500 円

和暦 ○○ 年	3 月 25 日
給与支払者 住所	○○市 ○○ 5-6-201
電話番号	○○ (××××)○○××
名称及び氏名	△△△株式会社

捺印

印