

給与等支払実績及び支払見込証明願

年 月 日

記号番号 _____

被保険者氏名 _____

認定対象者氏名 _____ 印

ジェイアールグループ健康保険組合の被扶養者資格の（取得・喪失）申請に必要なため、下記の事項について証明をお願いします。

なお、取得の場合は、過去の実績及び今後1年間の見込額について、喪失の場合は、実績を記入してください。

記

給与等支払実績及び支払見込証明書(非課税分を含む総支給額)

____年分の給与等支払実績額				____年分の給与等支払い見込額			
支給月	給与等	通勤費	月額計	支給月	給与等	通勤費	月額計
1月			円	1月			円
2月			円	2月			円
3月			円	3月			円
4月			円	4月			円
5月			円	5月			円
6月			円	6月			円
7月			円	7月			円
8月			円	8月			円
9月			円	9月			円
10月			円	10月			円
11月			円	11月			円
12月			円	12月			円
賞与等 月			円	賞与等 月			円
賞与等 月			円	賞与等 月			円
合計			円	合計			円

新規雇用・雇用条件変更 (いずれか○で囲んで下さい) 年月日 _____ 年 月 日

健康保険の加入 無 ・ 有 (加入年月日) _____ 年 月 日
(喪失年月日) _____ 年 月 日

雇用保険の加入 無 ・ 有 (加入年月日) _____ 年 月 日
(喪失年月日) _____ 年 月 日

退職年月日 _____ 年 月 日 退職金の支給 無・有 金額(_____ 円)

・上記記載事項に相違ありません

事業主住所 _____

年 月 日

事業主TEL _____

事業主名 _____ 印