

お勤め先のご担当者様へ

三菱重工健康保険組合では、就労3ヶ月未満の方を被扶養者として認定する際に、下記「給与等支払(見込)証明書」の提出をお願いしておりますので、恐れ入りますがご証明いただき、ご本人様へお渡しくださいますようお願い致します。

<注意点>

- ①最新の雇用開始年月日以降の給与等(3ヶ月分)についてご証明ください。
- ②「給与等総支給額」には通勤交通費等の非課税分も含んだ金額をご記入ください。
- ③通勤交通費が支給されない場合は「内 通勤交通費」は”0円”とご記入ください。

三菱重工健康保険組合 業務グループ

三菱重工健康保険組合 理事長 殿

給与等支払(見込)証明書

従業員氏名		生年月日	昭和・平成	年	月	日
最新の雇用契約区分 及びその開始年月日	<input type="checkbox"/> 新規採用 (令和____年____月____日) <input type="checkbox"/> 契約内容変更 (令和____年____月____日)					
給与等の支払方法	毎月____日締めで、(<input type="checkbox"/> 当月、 <input type="checkbox"/> 翌月) の ____ 日支払い					
給与等支払年月日	給与等総支給額(内 通勤交通費)		支払状況			
令和 年 月 日	円 (円)		<input type="checkbox"/> 実績 <input type="checkbox"/> 見込			
令和 年 月 日	円 (円)		<input type="checkbox"/> 実績 <input type="checkbox"/> 見込			
令和 年 月 日	円 (円)		<input type="checkbox"/> 実績 <input type="checkbox"/> 見込			
賞与支払(見込)の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	賞与総支給(見込)額	円/年			

上記のとおり証明致します。

令和 年 月 日

事業所所在地

事業所名称

代表者名

印

電話番号

お勤め先のご担当者様へ

三菱重工健康保険組合では、就労3ヶ月未満の方を被扶養者として認定する際に、下記「給与等支払(見込)証明書」の提出をお願いしておりますので、恐れ入りますがご証明いただき、ご本人様へお渡しくださいますようお願い致します。

<注意点>

- ①最新の雇用開始年月日以降の給与等(3ヶ月分)についてご証明ください。
- ②「給与等総支給額」には通勤交通費等の非課税分も含んだ金額をご記入ください。
- ③通勤交通費が支給されない場合は「内 通勤交通費」は「0円」とご記入ください。

三菱重工健康保険組合 業務グループ

三菱重工健康保険組合 理事長 殿

記入見本

給与等支払(見込)証明書

従業員氏名	健保 花子	生年月日	昭和・平成 60年10月1日
最新の雇用契約区分 及びその開始年月日	<input checked="" type="checkbox"/> 新規採用 (令和 2年 4月 1日) <input type="checkbox"/> 契約内容変更 (令和 年 月 日)		
給与等の支払方法	毎月 月末 日締めで、(<input type="checkbox"/> 当月、 <input checked="" type="checkbox"/> 翌月) の 20 日支払い		
給与等支払年月日	給与等総支給額(内 通勤交通費)	支払状況	
令和 2年 5月20日	70,000 円 (6,000 円)	<input type="checkbox"/> 実績	<input checked="" type="checkbox"/> 見込
令和 2年 6月19日	59,500 円 (5,100 円)	<input type="checkbox"/> 実績	<input checked="" type="checkbox"/> 見込
令和 2年 7月20日	77,000 円 (6,600 円)	<input type="checkbox"/> 実績	<input checked="" type="checkbox"/> 見込
賞与支払(見込)の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	賞与総支給(見込)額	円/年

上記のとおり証明致します。

令和 2年 4月 20日

事業所所在地 東京都〇〇区〇〇 〇番地〇

事業所名称 〇〇〇〇株式会社

代表者名 〇〇 〇〇

電話番号 〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇

