

# 給与等の収入年間見込額証明書

I H I グループ健康保険組合 行

<b>会社名</b>	印	※ 問い合わせ先となります。 必ず記入してください。
<b>雇用主 (代表者)名</b>		<b>担当者氏名</b>
<b>住所</b>		<b>電話</b>
<b>電話</b>		<b>記入年月日</b> (和暦) 年 月 日

下記のとおり勤労(予定)していることを証明します。

<b>勤労者氏名</b>						
<b>雇用形態</b>	正社員 ・ 派遣社員 ・ パート ・ アルバイト ・ その他 ( )					
<b>上記形態の 雇用開始年月日</b>	(和暦)	年	月	日		
<b>健康保険加入</b>	あり ・ なし	<b>雇用保険加入</b>	あり ・ なし	<b>厚生年金加入</b>	あり ・ なし	

※ ①記入日を含む月から12ヵ月記入

【給与支払(見込)額】

②給与平均見込額には、諸手当(食事代など)を含む

③支払(予定)年は和暦で記入

支払(予定)年月	給与平均見込額	交通費見込額	賞与見込額	総支払見込額
年 月	円	円	円	円
年 月	円	円	円	円
年 月	円	円	円	円
年 月	円	円	円	円
年 月	円	円	円	円
年 月	円	円	円	円
年 月	円	円	円	円
年 月	円	円	円	円
年 月	円	円	円	円
年 月	円	円	円	円
年 月	円	円	円	円
年 月	円	円	円	円
年 月	円	円	円	円
年 月	円	円	円	円
年 月	円	円	円	円
年 月	円	円	円	円
年 月	円	円	円	円
年 月	円	円	円	円
年 月	円	円	円	円
年 月	円	円	円	円
合計	円	円	円	円