ＩＨＩグループ健康保険組合　行

給与等の収入年間見込額証明書

◎すべての該当項目（雇用主情報・勤労者情報・給与支払（見込）額）について、
記入または✓をつけて証明してください。

【勤務先・雇用主　情報】

会　社　名	株式会社あいうえお
雇用主名（代表者）	かき　くけこ
住　所	東京都さ市すせそ３－１－１
代表電話	０３－９９９９－９９９９

（問い合わせ先）	
担当者氏名	健保　花男
電　話	０３－９９９９－９９９８
記入年月日（和暦）	××　〇〇　年　４　月　１０　日

【勤労者・勤労予定者　情報】

勤労者氏名	健保　花子					
雇用形態	☐正社員　☐派遣社員　☑パート　☐アルバイト　☐その他　（　　）					
上記形態の雇用開始年月日（和暦）	××　〇〇　年　４　月　１０　日					
健康保険加入	☐あり　☑なし	雇用保険加入	☐あり　☑なし	厚生年金加入	☐あり　☑なし	

【給与支払（見込）額 】

※記入日を含む月から将来にわたって１２ヵ月分を記入
※給与平均見込額には、諸手当（食事代など）を含む

給与支払(予定)年月（和暦）	給与平均見込額	交通費見込額	賞与見込額	総支払見込額（１ヵ月合計）
××　〇〇　年　４　月	９０，０００円	２，０００円	０円	９２，０００円
××　〇〇　年　５　月	９０，０００円	２，０００円	０円	９２，０００円
××　〇〇　年　６　月	９０，０００円	２，０００円	０円	９２，０００円
××　〇〇　年　７　月	９０，０００円	２，０００円	１５，０００円	１０７，０００円
××　〇〇　年　８　月	９０，０００円	２，０００円	０円	９２，０００円
××　〇〇　年　９　月	９０，０００円	２，０００円	０円	９２，０００円
××　〇〇　年　１０　月	９０，０００円	２，０００円	０円	９２，０００円
××　〇〇　年　１１　月	９０，０００円	２，０００円	０円	９２，０００円
××　〇〇　年　１２　月	９０，０００円	２，０００円	１５，０００円	１０７，０００円
××　〇△　年　１　月	９０，０００円	２，０００円	０円	９２，０００円
××　〇△　年　２　月	９０，０００円	２，０００円	０円	９２，０００円
××　〇△　年　３　月	９０，０００円	２，０００円	０円	９２，０００円
合　計	１，０８０，０００円	２４，０００円	３０，０００円	１，１３４，０００円