

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

会社名	○△□運輸(株)	※ 問い合わせ先となります。 必ず記入してください。
雇用主 (代表者)名	丸山 角夫	担当者氏名 保田 健
住所	東京都千代田区九段8-8	電話 03(5432)9888
電話	03(5432)9876	記入年月日 (和暦) ×× ○○年 10月 5日



下記のとおり勤労(予定)していることを証明します。

勤労者氏名	健保 組子		
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) ×× ○○年 10月 1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		

※ 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 10月	41,400円	3,600円	0円	45,000円
×× ○○年 11月	41,400円	3,600円	0円	45,000円
×× ○○年 12月	41,400円	3,600円	10,000円	55,000円
×× ○△年 1月	41,400円	3,600円	0円	45,000円
×× ○△年 2月	41,400円	3,600円	0円	45,000円
×× ○△年 3月	41,400円	3,600円	0円	45,000円
×× ○△年 4月	41,400円	3,600円	0円	45,000円
×× ○△年 5月	41,400円	3,600円	0円	45,000円
×× ○△年 6月	41,400円	3,600円	0円	45,000円
×× ○△年 7月	41,400円	3,600円	10,000円	55,000円
×× ○△年 8月	41,400円	3,600円	0円	45,000円
×× ○△年 9月	41,400円	3,600円	0円	45,000円
合計	496,800円	43,200円	20,000円	560,000円