

給与支払証明書

組合員証記号番号

-

所属所名

氏名

愛知県市町村職員共済組合が行う被扶養者資格調査において、給与収入を把握する必要があるため、下記事項について証明いただきたくお願い申し上げます。

勤務している者の氏名		勤務開始日		
		平成	年 月 日	
		退職年月日		
		平成	年 月 日	
給 与	支給年月	給与支給額	交通費等諸手当	総支払額
	平成 年 月	円	円	円
	平成 年 月	円	円	円
	平成 年 月	円	円	円
	平成 年 月	円	円	円
	平成 年 月	円	円	円
	平成 年 月	円	円	円
	平成 年 月	円	円	円
	平成 年 月	円	円	円
	平成 年 月	円	円	円
	平成 年 月	円	円	円
	平成 年 月	円	円	円
	平成 年 月	円	円	円
賞 与	平成 年 月			円
	平成 年 月			円
合計				円

雇用形態の変更年月日 平成 年 月 日(変更しているときは記入してください。)

記入についての注意事項

- 1 給与支給額欄には、基本給・時間外手当等の金額を記入してください。
- 2 交通費等諸手当欄は、非課税対象となる額も含む実支給額を記入してください。
- 3 総支払額欄は、上記金額の合計額を記入してください。(所得税等控除前の金額)
- 4 年途中で就・退職した場合は、勤務開始日及び退職年月日を記入してください。

上記について事実と相違ないことを証明します。

平成 年 月 日

事業所名

印

電話番号

()