

給与支払証明書

組合員証記号番号

〇〇〇 - 〇〇〇

所属所名

〇〇市

氏名

共済 太郎

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		共済 花子		勤務開始日	令和〇〇年 4月 1日
				退職年月日	令和 年 月 日
	支給年月	給与支給額	交通費等諸手当	総支払額	
給 与	令和 〇年 1月	80,000円	5,000円	85,000円	
	令和 〇年 2月	80,000円	5,000円	85,000円	
	令和 〇年 3月	80,000円	5,000円	85,000円	
	令和 〇年 4月	80,000円	5,000円	85,000円	
	令和 〇年 5月	80,000円	5,000円	85,000円	
	令和 〇年 6月	80,000円	5,000円	85,000円	
	令和 〇年 7月	80,000円	5,000円	85,000円	
	令和 〇年 8月	80,000円	5,000円	85,000円	
	令和 〇年 9月	80,000円	5,000円	85,000円	
	令和 〇年 10月	80,000円	5,000円	85,000円	
	令和 〇年 11月	80,000円	5,000円	85,000円	
	令和 〇年 12月	80,000円	5,000円	85,000円	
賞 与	令和 年 月	/		0円	
	令和 年 月	/		0円	
合計		/		1,020,000円	

雇用形態の変更年月日

令和 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

- 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。
- 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。
- 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)
- 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。

令和〇〇年〇〇月〇〇日

事業所名 〇〇株式会社



電話番号 〇〇〇 (〇〇〇) 〇〇〇〇