

この証明書は、勤務先で記入・証明をもらって下さい。
勤務先が複数ある場合は、コピーしてお使い下さい。

(提出先 ボッシュ健康保険組合)

給与支払証明書

下記の通り、支払い（見込み）をしたことを証明します。

事業所住所
事業所名称
事業主名
(支払責任者)
電話番号 () -
特定適用事業所に 該当する 該当しない

この証明書は、事業所
印または担当者印を必
ず押印願います。

印

従業員氏名		従業員住所	
-------	--	-------	--

給与 支払い (見 込み 明 細)	支払年月 (申請月から12ヶ月分)	出勤日数 (有給休暇含む)	1ヶ月あたりの 勤務時間	総支給額 (諸手当、交通費等含みます)
	年 月 支払分・予定分	日	時間	円
	年 月 支払分・予定分	日	時間	円
	年 月 支払分・予定分	日	時間	円
	年 月 支払分・予定分	日	時間	円
	年 月 支払分・予定分	日	時間	円
	年 月 支払分・予定分	日	時間	円
	年 月 支払分・予定分	日	時間	円
	年 月 支払分・予定分	日	時間	円
	年 月 支払分・予定分	日	時間	円
	年 月 支払分・予定分	日	時間	円
	年 月 支払分・予定分	日	時間	円
	年間 賞与額			
合計金額				円
備考	※特記事項や契約期間、退職予定日等がありましたらご記入下さい。			

The personal information you provide is gathered to help the Bosch Health Insurance Society undertake its operations fairly and in accordance with the Health Insurance Law and relevant notifications. Under no circumstances will this personal information be provided to a third party or used for any purpose other than those stated above. In certain cases, we may contact you to seek clarification of details you have provided, or, if necessary, ask you to provide additional supporting documentation. Please address all inquiries concerning the handling of personal information, requests for disclosure of personal information, and so forth to the Bosch Health Insurance Society General Affairs Section (telephone: 0493-22-0890).

*To find out more about how we handle personal information, please refer to the "Privacy Policy" on our website.