

【記入見本】

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。

Name of Business Entity	事業所住所 事業所名称	東松山市〇×町〇-〇-〇 株式会社〇〇〇〇	Business Entity Address
Name of Business Owner and Seal	事業主名 (支払責任者)	〇〇 〇〇	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。
Telephone Number	電話番号	(0493) 〇〇 - 〇〇〇〇	印
Name of Employee	従業員氏名	健保 花子	
Address of Employee	従業員住所	東松山市箭弓町〇-〇	
Payment (Plan)			
	特定適用事業所に	<input type="checkbox"/> 該当する	<input checked="" type="checkbox"/> 該当しない

Date of Payment (Plan)	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)
給与支払い（見込み） 明細	2023年11月 支払分・予定分	Attendance	60 Working Hour per Month	60,000 円
	2023年12月 支払分・予定分	10 日	60 時間	60,000 円
	2024年1月 支払分・予定分	10 日	60 時間	60,000 円
	2024年2月 支払分・予定分	10 日	60 時間	60,000 円
	2024年3月 支払分・予定分	10 日	60 時間	60,000 円
	2024年4月 支払分・予定分	10 日	60 時間	60,000 円
	2024年5月 支払分・予定分	10 日	60 時間	60,000 円
	2024年6月 支払分・予定分	10 日	60 時間	60,000 円
	2024年7月 支払分・予定分	10 日	60 時間	60,000 円
	2024年8月 支払分・予定分	10 日	60 時間	60,000 円
	2024年9月 支払分・予定分	10 日	60 時間	60,000 円
	2024年10月 支払分・予定分	10 日	60 時間	60,000 円
Bonus(Year)	年間賞与額			円
Total	合計金額			720,000 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.