

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			円
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。
----	---------------------------------

ご記入頂いた個人情報は、当組合が健康保険法及び関係通達等に則り正しく又公平に事業運営を行うために収集するものです。これ以外の目的で個人情報を利用又は第三者提供を行うことはありません。また記入内容についてお尋ねしたり、必要に応じて別途証憑書類を提出していただくことがあります。この個人情報のお取り扱いについてのお問い合わせや開示請求等はボッシュ健康保険組合 総務課（電話 0493-22-0890）までご連絡ください。※個人情報の取り扱いについてはホームページ「個人情報保護方針」もご覧ください。