

(認定様式 5号)

給与・賞与支払（見込）証明書 オリンパス健康保険組合理事長 殿	常務理事	事務長	課長	担当者

認定対象者申請日：令和 年 月 日

対象者氏名				男・女
生年月日	昭和・平成： 年 月 日	続柄：	年齢： 歳	
住所				
勤務開始日	昭和・平成・令和： 年 月 日			

NO	支払年月日	支払金額 (諸手当を含む総額)	NO	支払年月日	支払金額 (諸手当を含む総額)
1	R 年 月分	円	7	R 年 月分	円
2	R 年 月分	円	8	R 年 月分	円
3	R 年 月分	円	9	R 年 月分	円
4	R 年 月分	円	10	R 年 月分	円
5	R 年 月分	円	11	R 年 月分	円
6	R 年 月分	円	12	R 年 月分	円
賞与①	R 年 月分	円	賞与②	R 年 月分	円
合計		円			
備考	令和____年____月 ~ 令和____年____月までは収入実績 令和____年____月 ~ 令和____年____月までは収入見込 ※休業開始日：令和____年____月____日（休業した場合に記載） ※復職（予定）日：令和____年____月____日				

上記の通り証明いたします。

令和 年 月 日

住 所 _____

会 社 名 _____

代 表 者 名 _____ 印