※（必要な場合のみ提出）勤務先に証明を依頼してください。（内容が同じであれば勤務先の様式でも可）

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

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

※通勤交通費は、課税・非課税を問わず含めて記載してください。

	支払年月日	支払金額（諸手当を含む総額）		支払年月日	支払金額（諸手当を含む総額）
1	令和　年　月分	円	7	令和　年　月分	円
2	令和　年　月分	円	8	令和　年　月分	円
3	令和　年　月分	円	9	令和　年　月分	円
4	令和　年　月分	円	１０	令和　年　月分	円
5	令和　年　月分	円	１１	令和　年　月分	円
6	令和　年　月分	円	１２	令和　年　月分	円
賞与①	令和　年　月分	円	賞与②	令和　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 賞与　有　・　無　　年＿＿回（＿＿月、＿＿月） ※休業開始日：令和＿＿年＿＿月＿＿日（休業期間がある場合に記載） ※復職日　：令和＿＿年＿＿月＿＿日

上記の通り証明いたします。

令和　　年　　月　　日

住　　所 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

事業主名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

代表者名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印

※　該当する状況に応じて必要な期間の証明を受けてください。
　①　現時点で就職・転職後、または復職後１年未満：　就職・転職、または復職以降１年間の収入実績および見込額
　②　現時点で産前産後休業中、または育児休業中　：　令和８年７月以降１年間の収入実績および見込額
　③　①②以外の場合：　直近１年間の収入実績
※　賞与の支給がある場合は賞与額も記入してください。
※　支給がない月は０円で証明を受けてください。
※　休業または復職した場合は備考欄にその年月日を記載してください。
※　課税・非課税を問わず通勤交通費等の諸手当を含む総支給額を記載してください。