

※勤務先に作成を依頼してください。(同じ内容であれば勤務先の様式も可)

※提出が必要な場合のみご利用ください。

(「共同扶養」の調査、「配偶者・子以外」の調査で優先扶養義務者がいる場合に使用)

給与・賞与支払(見込)証明書 2

オリンパス健康保険組合理事長 殿

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		
勤務先での健康保険組合等の加入	有 (資格取得日：昭和・平成・令和 年 月 日) ・ 無 ※証明した支払期間内に一度でも加入している場合は、有に○をつけ、資格取得日を記載。			

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 月 ~ 令和 年 月 月までは収入実績 令和 年 月 月 ~ 令和 年 月 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 (休業した場合に記載) ※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