

常務理事	事務長	係

平成30年分 給与支払(見込)証明書

氏名 _____

入社日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

退職日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

時給 _____ 円

対象者の平成30年1月～12月までの給与(交通費を含む)・賞与について下記の通りであることを証明いたします。

支払月	① 支払(見込)金額 ※交通費を含む	② 勤務日数	③ 勤務時間
平成30年 1月分	円	日	時間
平成30年 2月分	円	日	時間
平成30年 3月分	円	日	時間
平成30年 4月分	円	日	時間
平成30年 5月分	円	日	時間
平成30年 6月分	円	日	時間
平成30年 7月分	円	日	時間
平成30年 8月分	円	日	時間
平成30年 9月分	円	日	時間
平成30年 10月分	円	日	時間
平成30年 11月分	円	日	時間
平成30年 12月分	円	日	時間
賞与()月	円		
賞与()月	円		
合 計	円		

証明日 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日 所在地 _____

会社名 _____

代表者名 _____



※ 支払者の方へ…この証明書は、被扶養者資格を確認するため、TCSグループ健康保険組合に提出するものです。「給与支払証明書」はこの用紙に平成30年1月～12月の支払済み金額および見込金額を証明していただきますようお願いいたします。