

平成29年分 給与支払証明書

氏名 _____

入社日 _____

退職日 _____

対象者の平成29年1月～12月までの給与・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 支払金額	② 交通費	合計(①+②)
平成29年 1月分	円	円	円
平成29年 2月分	円	円	円
平成29年 3月分	円	円	円
平成29年 4月分	円	円	円
平成29年 5月分	円	円	円
平成29年 6月分	円	円	円
平成29年 7月分	円	円	円
平成29年 8月分	円	円	円
平成29年 9月分	円	円	円
平成29年 10月分	円	円	円
平成29年 11月分	円	円	円
平成29年 12月分	円	円	円
賞与()月	円		円
賞与()月	円		円
	円	円	円
合 計	源泉徴収票の「支払金額」 円	円	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、アイシン健康保険組合に提出するものです。
「給与支払証明書」はこの用紙に証明していただきますようお願いいたします。