

被保険者記入欄	
記号	番号
被保険者氏名	

収入証明書

氏名				
雇用開始年月日	昭和・平成・令和 年 月 日 (退職している場合) 平成・令和 年 月 日 退職			
雇用形態	正社員・派遣社員・パート・アルバイト・その他()			
給与締日と支払日	()日締め / 当月・翌月・翌々月()日払い			
支払年月	給与	交通費	賞与等の額	月合計
平・令 年 月	円	円	円	円
平・令 年 月	円	円	円	円
平・令 年 月	円	円	円	円
平・令 年 月	円	円	円	円
平・令 年 月	円	円	円	円
平・令 年 月	円	円	円	円
平・令 年 月	円	円	円	円
平・令 年 月	円	円	円	円
平・令 年 月	円	円	円	円
平・令 年 月	円	円	円	円
平・令 年 月	円	円	円	円
平・令 年 月	円	円	円	円
合計	円	円	円	円

上記のとおり、支払ったことを証明します。

(記入日) 令和 年 月 日

給与支払者 住所

電話番号

名称及び氏名



[記載上の注意]

- * 証明日の直近 12 ヶ月分の支払額をご記入ください。雇用開始年月日から証明日までが 12 ヶ月未満の場合は、開始月からの金額を、すでに退職している場合は、最終支払月以前 12 ヶ月分のご記入ください。雇用期間が 12 ヶ月に満たない場合は、支払月すべての金額をご記入ください。
- * 記載のない欄は、斜線もしくは「0」をご記入ください。
- * 給与支払者が法人の場合は、法人名・代表者名を記載し、社印または代表者印を押印してください。個人の場合は、事業所名・支払者の住所・氏名を記載し、押印してください。
- * 訂正箇所は社印(代表者印)を押印してください。訂正印無し、修正液等での修正は無効といたします。