

給与等支払実績および見込額証明願

令和 年 月 日
記 号 ・ 番 号 _____

被 保 険 者 氏 名 _____
申 請 者 氏 名 _____
(資格確認対象者) _____

西日本新聞社健康保険組合における被扶養者資格確認のため、下記の給与等支払実績および見込額（金額や数字の記入、該当項目を○で囲んでください）と①から⑥の該当項目についてご証明をお願いいたします。

令和 年分給与等支払実績および見込額

支給月	総支給額（※通勤費含む）	支給月	総支給額（通勤費含む）
1 月	円	8 月	円
2 月	円	9 月	円
3 月	円	1 0 月	円
4 月	円	1 1 月	円
5 月	円	1 2 月	円
6 月	円	賞与（ 月）	円
7 月	円	賞与（ 月）	円
年 間 支 給 合 計 額（見込額含む）		円	
給与形態 ・ 月給 ・ 日給 ・ 時給（単価 円） 労働日数 月平均 日勤務 労働時間 週平均 時間			
①雇用年月日	昭・平・令 年 月 日		
②雇用形態	・ 正社員 ・ 契約社員 ・ 派遣社員 ・ パート ・ アルバイト		
③雇用条件変更年月日	令和 年 月 日（変更内容 ）		
④健康保険の加入状況	無 ・ 有 資格取得日 昭・平・令 年 月 日		
	資格喪失日 令和 年 月 日		
⑤雇用保険の加入状況	無 ・ 有 資格取得日 昭・平・令 年 月 日		
	資格喪失日 令和 年 月 日		
⑥退職年月日	令和 年 月 日 退職		
上記のとおり相違ありません。 令和 年 月 日 事業所所在地 事業所名称 事業主氏名			

受 付 印