

給与見込証明書

〈証明される者の氏名〉 _____ 殿

① 入社（契約更新）年月日

入社年月日	昭和 平成 令和	年	月	日	契約更新年月日	昭和 平成 令和	年	月	日
-------	----------------	---	---	---	---------	----------------	---	---	---

② 1年間の月別給与〔総支給額（通勤手当等諸手当を含む）〕

〔※給与見込みが無い月につきましては0円とご記入ください。〕

年	月	月	日	円	年	月	月	日	円	年	月	月	日	円
年	月	月	日	円	年	月	月	日	円	年	月	月	日	円
年	月	月	日	円	年	月	月	日	円	年	月	月	日	円
年	月	月	日	円	年	月	月	日	円	年	月	月	日	円
年	月	月	日	円	年	月	月	日	円	年	月	月	日	円

③ 1年間の月別賞与

〔※賞与見込みが無い月につきましては0円とご記入ください。〕

年	月	月	日	円	年	月	月	日	円	年	月	月	日	円
年	月	月	日	円	年	月	月	日	円	年	月	月	日	円

④ 休職

〔※休職中の場合はご記入およびチェックマーク（✓）を付してください。〕

休職期間	年	月	日	～	年	月	日							
休職理由														
給与等支給見込み	<input type="checkbox"/>	なし	/	<input type="checkbox"/>	あり	→ ありの場合は①および②もご記入ください。								
育児休業給付金等の受給	<input type="checkbox"/>	なし	/	<input type="checkbox"/>	あり（手続中を含む）	→ ありの場合は決定通知書（写）を添付ください。								

⑤ 備考

--

以上のとおり相違ありません。

令和 年 月 日

《証明者》

所在地 _____

会社名 _____ 印

電話番号 _____

作成者氏名 _____ 印

※役職がある場合は、役職名も併せてご記入ください。

〈被保険者確認欄〉

- この証明書には労働条件通知書等（雇用契約期間、給与支払締日、給与支払日、社会保険の加入状況等が確認できるもの）を添付ください。
- 証明される者が被扶養者として認定された場合には、認定後1年間または指定された月分の給与収入の分かる証明書類を各払月の翌末日までに提出いただきます。
- 事実と異なる内容で申請されたことを確認できた場合は被扶養者認定資料（被保険者の誓約）に基づき、認定日に遡って資格喪失いただきます。

西日本プラスチック工業健康保険組合

2026.04 改訂