神戸新聞健康保険組合　理事長　殿

|  |  |
| --- | --- |
|  | 令和　　年　　月　　日 |
| 事業所住所 |  |
| 事業所名および  事業主名 | ㊞ |
| 電話番号 |  |

給与等所得証明書

　　　　　　　　　　さんについて、下記のとおりの給与を支給している事を証明します。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 支払（予定）月 | 課税給与額 | 非課税給与額 | 賞与額 | 計 |
| １月 |  |  |  |  |
| ２月 |  |  |  |  |
| ３月 |  |  |  |  |
| ４月 |  |  |  |  |
| ５月 |  |  |  |  |
| ６月 |  |  |  |  |
| ７月 |  |  |  |  |
| ８月 |  |  |  |  |
| ９月 |  |  |  |  |
| １０月 |  |  |  |  |
| １１月 |  |  |  |  |
| １２月 |  |  |  |  |
| 年間合計 |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ※ | 令和　　年　　月分 | ～ | 令和　　年　　月分 | は支払実績 |
|  | 令和　　年　　月分 | ～ | 令和　　年　　月分 | は支払見込み |
| ※ | 通勤手当は含めてください。 | | | |