

給与等支払証明書

年 月 日

(あて先) 京都府後期高齢者医療広域連合長

事業所所在地

名 称

代表者名

次のとおり証明します。

| 氏名 | 住所 | | | |
|-------------|---------|--------------------|--------------------|--------------------|
| 職名 | 職務内容 | 就職 | 年 月 日 | |
| 給 与 額 | | 年 月分 (/ ~ / 分) | 年 月分 (/ ~ / 分) | 年 月分 (/ ~ / 分) |
| | 基本給 | 円 | 円 | 円 |
| | 日給(日分) | 円 | 円 | 円 |
| | 通勤手当 | 円 | 円 | 円 |
| | その他手当 | 円 | 円 | 円 |
| | 計 | 円 | 円 | 円 |
| | 支給日 | 年 月 日 | 年 月 日 | 年 月 日 |

| 前1年間の 臨時給与 (賞与等) | | 支給額 | 支給日 |
|------------------------|---------|-----|-------|
| | 夏期手当 | 円 | 年 月 日 |
| | 年末手当 | 円 | 年 月 日 |
| | その他臨時給与 | 円 | 年 月 日 |
| 計 | 円 | | |