

給与等支払証明書

年 月 日

事業所の所在地、名称を記載の上、社印を押印してください。

医療広域連合長

支給されている給与の内訳等、必要事項をすべて記入してください。

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
	※この用紙は、すべて勤務先の事業所で記入していただくものです。			
前1年間の 臨時給与 (賞与等)				
	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		