

給与支払証明書

- 1 組合員等記号番号 _____ 組合員氏名 _____
- 2 申請者氏名 _____
- 3 就職又は退職等年月日

就職年月日	昭和・平成・令和 年 月 日
退職年月日 退職事由⇒ ☐ 自己都合による ☐ 契約期間満了 ☐ その他 ()	平成・令和 年 月 日
雇用形態変更日 (変更があった場合のみ記入)	平成・令和 年 月 日

現在勤務中の方及び雇用形態変更の方は、申告月以前1年間の給与支払額(実績)を次の4欄へ、今後の雇用形態を5欄へそれぞれ記入してください。また、これから新たに勤務を始める方は、今後の雇用形態を5欄へ記入してください。給与の支給日ではなく、勤務開始時からの収入で判断を行います。

4 給与支給状況 (課税分の通勤手当を含む所得税法上の収入額)

支 給 月	総支給額	支 給 月	総支給額
年 月	円	年 月	円
年 月	円	年 月	円
年 月	円	年 月	円
年 月	円	年 月	円
年 月	円	年 月	円
年 月	円	年 月	円
賞与 (月)	円	賞与 (月)	円
		合 計	円

5 雇用形態

雇用形態	□正職員 □派遣職員 □パート □アルバイト □その他（ ）		
給料形態	□月給 □日給 □時給（ 円）		
勤務日数及び勤務時間	1 か月の勤務日数（ 日） 1 日の勤務時間（ 時間）		
1 か月の支給見込額 （原則 108,333 円※を超える場合は、認定できません。）	円（ただし課税分の通勤手当及び諸手当を含む）		
賞与の有無	□有（下欄も記入） □無		
	①支払時期	□決まっている（ 月） □決まっていない	
	②支 払 額	□決まっている（ 円） □決まっていない	
給料の支給日	日から 日分を （当月・翌月） 日に支給		
健康保険加入の有無	□加入 □非加入		
雇用保険加入の有無	□加入 □非加入		

※ 認定限度額が150万円の場合は124,999円。
※ 認定限度額が180万円の場合は149,999円。
※ 他に収入がある場合は、合算して判断するため、給与収入の上限が異なります。

勤務実態については上記のとおりです。

令和 年 月 日
事業所所在地
事業所名
代表者名
電話番号