

給与支払(見込)証明書

令和 年 月 日

アクサ生命健康保険組合 御中

事業所所在地

名称

代表者名

印

下記のとおり証明します。

雇用されている者	住所	
	氏名	

1. 契約内容

雇用期間 (試用期間含む)	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日まで・ <input type="checkbox"/> 未定
更新の有無	有(期間等)・無
給与(賃金)支給 形態 ※いずれかに記入	<input type="checkbox"/> 月給 月額 円
	<input type="checkbox"/> 日給 日額 円 週・月 日勤務
	<input type="checkbox"/> 時間給 時間給 円 1日あたり勤務時間 時間で 週・月 日勤務 1月 時間勤務
	<input type="checkbox"/> 日給・ 時間給 日額 円・時間給 円だが勤務日が全く決まっていない 勤務日が決まっていない理由 ()
健康保険等 の加入	<input type="checkbox"/> 有 令和 年 月 日から加入している <input type="checkbox"/> 無 加入できない理由()

2. 給与(賃金)の支払(予定)額 ※手取り額ではなく、総支給額をご記入ください。

支給期		給料・賃金等	通勤費	計
令和 年	1 月			
年	2 月			
年	3 月			
年	4 月			
年	5 月			
年	6 月			
年	7 月			
年	8 月			
年	9 月			
年	10 月			
年	11 月			
年	12 月			
賞与	月			
賞与	月			
		合 計		

以上