

給 与 ・ 賞 与 支 払 証 明 書

対象従業員の給与・賞与の支払内容について、下記のとおり証明いたします。

対象従業員氏名	
生年月日	昭和 _____ 年 _____ 月 _____ 日 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日
入社日	昭和 _____ 年 _____ 月 _____ 日 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日
【勤務先】社会保険の加入状況	健康保険（ 加 入 ・ 未 加 入 ） 雇用保険（ 加 入 ・ 未 加 入 ）
雇用契約上の賞与の有無	有 ・ 無

1. 給 与 (交通費等含む総支払額)

20 年 1 月 _____ 円 2 月 _____ 円
3 月 _____ 円 4 月 _____ 円
5 月 _____ 円 6 月 _____ 円
7 月 _____ 円 8 月 _____ 円
9 月 _____ 円 10 月 _____ 円
11 月 _____ 円 12 月 _____ 円

2. 賞 与

年 月 _____ 円
年 月 _____ 円

年 月 日

事業所住所
事業所名
事業主名

印

(ご勤務先の証明を必ず受けてください)