

勤務先ご担当者様

健康保険組合の被扶養者加入における収入証明を使用目的として「給与支払証明書」の証明をお願いいたします。給与支払額については課税・非課税を問わず、税金や保険料等が控除される前の総支払額をご記入ください。なお、証明いただいた内容につきましては今回の被扶養者加入資格調査以外では使用いたしません。
※ボールペンでの記入をお願いします。消えるペン（フリクション等）の使用はお控えください。

NDS健康保険組合 行

給与支払証明書

被雇用者(従業員)氏名	住 所	
	氏 名	(年 月 日生)

雇用開始年月日	平成 / 令和 年 月 日
退職年月日	令和 年 月 日
社会保険加入	雇用保険 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 健康保険 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり

給与支払額

支払年月	①給与支払額	②通勤交通費	③賞与等支払額	合計 (①+②+③)
令和 年 月	円	円	円	円
令和 年 月	円	円	円	円
令和 年 月	円	円	円	円
令和 年 月	円	円	円	円
令和 年 月	円	円	円	円
令和 年 月	円	円	円	円
令和 年 月	円	円	円	円
令和 年 月	円	円	円	円
令和 年 月	円	円	円	円
令和 年 月	円	円	円	円
令和 年 月	円	円	円	円
令和 年 月	円	円	円	円
合 計	円	円	円	円
備 考	※新型コロナウイルス感染症への対応として一時的に収入が増加した場合は、上記給与支払額に含まれている金額と該当する月および理由をこの欄にご記入ください。			

上記のとおり証明します。

令和 年 月 日

事業所住所
事業所名称
事業所代表者名