# 給与支払(見込み)証明書

令和　　年　　月　　日

東レ健康保険組合　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。

| | | | |
|---|---|---|---|
| 氏　名 | | | |
| 就職した年月日 | 年　　月　　日 | 離職した年月日 | 年　　月　　日 |

| 支払(予定)年月 | 例月給与 | 賞　　与 | 合　計 |
|---|---|---|---|
| 年　　月 | | | |
| 年　　月 | | | |
| 年　　月 | | | |
| 年　　月 | | | |
| 年　　月 | | | |
| 年　　月 | | | |
| 年　　月 | | | |
| 年　　月 | | | |
| 年　　月 | | | |
| 年　　月 | | | |
| 年　　月 | | | |
| 年　　月 | | | |
| 年　　月 | | | |
| 合　計 | | | |

＊　源泉徴収票を提出できない人(直近に働き始めた人)用として利用願います。