

勤務先

殿

証 明 願

健康保険被扶養者の申請に必要ですので、下記に証明をお願い致します。

令和 年 月 日

氏 名

*以下、枠内は勤務先の記入欄（申請者記入無効・証明内容について勤務先に確認させていただくことがあります）

関西電力健康保険組合 殿

給与支給累計額等証明書

氏 名 : _____
生 年 月 日 : _____
入 社 年 月 日 : _____

支給年【 年】←支給された年をご記入ください

支給月	勤務日数	勤務時間	総支給額（◆）	支給累計額
1 月				
2 月				
3 月				
4 月				
5 月				
6 月				
7 月				
8 月				
9 月				
10 月				
11 月				
12 月				
合計				

※ 1 月から 1 2 月の間に支払われた給与等について証明ください。

◆ 賞与、通勤費等の非課税分、および控除分等を含めた、月毎の総支払い額を記入してください。

令和 年 月 日

所在地 _____

会社名 _____

T E L （ ） _____