

給与等支給額証明書

関西電力健康保険組合 常務理事 殿

被保険者番号	
被保険者氏名	
支給（見込）期間	令和 年 月 ~ 年 月

総支給額（課税分）	総支給額（非課税分） ※通勤費等	合計額
円	円	円

（※扶養増の異動届を提出する月から1年間に支給する見込みの額を記載ください。）

給与等の支給額について、上記のとおり証明いたします。

令和 年 月 日

所在地：

会社名：

TEL：
