

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 _____ 印

* 枠内は勤務先の記入欄（申請者記入無効）

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 : _____

____年 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12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 _____ 印

TEL () _____