

給与等支給額証明書

関西電力健康保険組合 殿

被保険者番号 : _____

被保険者氏名 : _____

支給（見込）期間 : _____年 ____月 ____日 ~ _____年 ____月 ____日

総支給額（課税分）	総支給額（非課税分） ※通勤費等	合計額

（※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 _____

※勤務先の印は必要です

会社名 _____ 印 _____

TEL _____