

平成30年分 給与等支給額証明書

関西電力健康保険組合 殿

氏名 : _____

生年月日 : _____

支給期間 : _____

総支給額 (課税分)	総支給額 (非課税分) ※通勤費等	合計額

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 _____ 印

TEL _____

※本証明書は、健康保険の被扶養者として要件を満たしているか否か判断するために使用します。

※平成30年1月から12月の間で、実際に支給された給与・賞与・通勤費等の報酬について証明願います。