令和４年分　給与等支給額証明書

関西電力健康保険組合　殿

被扶養者氏名　：

生　 年　月　日　：　S・H　　　　　　　年　　　　月　　　　日

支　　給　期　間　：　令和４年　　　　月　　　　　　　日　～ 令和４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（円単位） |
|  |  |  |

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（手書きの場合は、印が必要です）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　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。  ※令和４年１月～令和４年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。 |