

【 被扶養者お勤めの事業所様へ証明をお願いいたします 】

大阪金属問屋健康保険組合

(被扶養者)  
住 所 \_\_\_\_\_

(被扶養者)  
氏 名 \_\_\_\_\_ (印)

### 給 与 額 証 明 書

| 給与形態           | 1. 月 給 | 2. 日 給 | 3. 時間給<br>時間当 円 |
|----------------|--------|--------|-----------------|
| 1日当 勤務時間       | /      |        | 時間              |
| 1ヶ月当<br>平均労働日数 | /      |        | 日               |
| 1ヶ月当 平均給与総額    | 円      | 円      | 円               |
| 1ヶ月分 交通費金額     | 円      | 円      | 円               |
| 年間 支給見込総額      | 円      | 円      | 円               |
| 年間 交通費見込総額     | 円      | 円      | 円               |
| 雇用保険適用有無       | 有 ・ 無  | 有 ・ 無  | 有 ・ 無           |

※大阪金属問屋健康保険組合の被扶養者申請にあたり、上記事項について相違ないことを証明いたします。

平成 年 月 日

事業所住所 \_\_\_\_\_

事業所名 \_\_\_\_\_ (印)