

【 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 大阪市東淀川区〇〇 543-21

(被扶養者)
氏 名 健保 花子

給 与 額 証 明 書

給与形態	1. 月 給	2. 日 給	3. 時間給 時間当 1,300 円
1日当 勤務時間			5 時間
1ヶ月当 平均労働日数		日	15 日
1ヶ月当 平均給与総額	円	円	97,500 円
1ヶ月分 交通費金額	円	円	0 円
年間 支給見込総額	円	円	1,170,000 円
年間 交通費見込総額	円	円	0 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。

令和 **3** 年 **4** 月 **1** 日

事業所住所 株式会社 〇〇金属

事業所名 大阪府大阪市北区梅田〇〇 1-1-1