

【 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 _____

給 与 額 証 明 書

給与形態	1. 月 給	2. 日 給	3. 時間給 時間当 円
1日当 勤務時間			時間
1ヶ月当 平均労働日数		日	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。

令和 年 月 日

事業所住所 _____

事業所名 _____