

給 与 見 込 証 明 書

氏 名 健保 花子

住 所 福岡市〇〇区××2丁目42

1. 勤務形態・勤務時間・給与形態（必ず両方とも記入してください）

	申請者	正規従業員
勤務形態	週休1日制 ・ 週休2日制 その他（ ）	週休1日制 ・ 週休2日制 その他（ ）
勤務時間	10時00分 ～ 14時30分 (うち実労働時間 4時間00分)	9時00分 ～ 17時40分 (うち実労働時間 7時間50分)
給与形態	時給 ・ 日給 ・ 月給 単価 900 円	
雇用契約期間	28年5月1日 ～ 29年4月30日 迄	

2. 今後1年間の給与支払見込額（雇用契約期間が1年未満の場合は、契約期間の見込）

28年5月	68,400 円	28年12月	68,400 円
28年6月	79,200 円	29年1月	68,400 円
28年7月	75,600 円	29年2月	72,000 円
28年8月	72,000 円	29年3月	79,200 円
28年9月	75,600 円	29年4月	72,000 円
28年10月	72,000 円	賞与等	30,000 円
28年11月	72,000 円	合 計	904,800 円

3. 貴事業所の社会保険加入の有無 **有** ・ 無
4. 上記の者の健康保険加入の有無 有 ・ **無**
5. 雇用更新制度の有無 **有** (**12** ヶ月毎) ・ 無

上記のとおり相違ないことを証明します。

平成 28 年 5 月 9 日

事業所所在地 福岡市〇〇区△△3丁目1-2

事業所名称 ◇◇◇◇株式会社 TEL 092-123-4567

事業主名 代表取締役 保険 太郎 印