

# 給与支払・業務委託支払・報酬支払証明書

別紙2

1. 氏名 \_\_\_\_\_ (S・H \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日生)

2. 雇用等条件

①雇用等期間 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日～ \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

②健康保険の加入 なし あり (加入日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日)

健康保険加入の予定 なし あり (加入日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日)

③給与等形態 時給 日給 月給 その他 ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_ 円

扶養手当または扶養手当に相当する手当の支払 なし あり

④勤務等日数・時間 1日 \_\_\_\_\_ 時間/週 \_\_\_\_\_ 日勤務

⑤給与等の支払方法 毎月 \_\_\_\_\_ 日締め/翌・当月 \_\_\_\_\_ 日払い

⑥補足事項など \_\_\_\_\_

3. 給与等支払実績 交通費等の手当・賞与等も支給月に含め、支払総額（控除前）を記入ください。

支払年月	支払総額	支払年月	支払総額
年 月	円	年 月	円
年 月	円	年 月	円
年 月	円	年 月	円
年 月	円	年 月	円
年 月	円	年 月	円
年 月	円	年 月	円
年 月 払賞与等	円	年 月 払賞与等	円
年 月 払賞与等	円	合計	円

4. 今後1年間の支払総額が130万円を超えないことを被雇用者と契約しました。 はい いいえ

上記のとおり相違ないことを証明します。

令和 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

(証明者) 住所

給与等支払者

印

電話

給与支払・業務委託支払・報酬支払証明書

1. 氏名 共済 系織 (S)・H 46年 9月 30日生)

2. 雇用等条件

①雇用等期間 ○○○○年 12月 25日～ \_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日

②健康保険の加入 なし あり (加入日 \_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日)

健康保険加入の予定 なし あり (加入日 \_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日)

③給与等形態 時給 日給 月給 その他 ( \_\_\_\_\_ ) 900円

扶養手当または扶養手当に相当する手当の支払 なし あり

④勤務等日数・時間 1日 6時間/週 4日勤務

⑤給与等の支払方法 毎月 末日締め/ (S) 当月 25日払い

⑥補足事項など \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

3. 給与等支払実績 ※支払総額(控除前)を記入ください。

支払年月	支払総額	支払年月	支払総額
○○○○年 4 月	円	○○○○年 10 月	円
○○○○年 5 月	円	○○○○年 11 月	円
○○○○年 6 月	円	○○○○年 12 月	円
○○○○年 7 月	円	○○○○年 1 月	25,900円
○○○○年 8 月	円	○○○○年 2 月	86,300円
○○○○年 9 月	円	○○○○年 3 月	80,150円
○○○○年 月払賞与等	円	○○○○年 月払賞与等	円
○○○○年 月払賞与等	円	合計	192,350円

4. 今後1年間の支払総額が130万円を超えないことを被雇用者と契約しました。 はい いいえ

上記のとおり相違ないことを証明します。

○○○○年 4 月 1日

(証明者) 住所 岡山市北区津島 ○—○

給与等支払者 ××調剤薬局

電話 086—○○○—○○○○



印