

所得・雇用関係証明書

1. 氏 名
2. 職 種
3. 採用年月日 平成 年 月 日
4. 健康保険の適用の有無 有 ・ 無
5. 雇用期間 平成 年 月 日～平成 年 月 日
6. 雇用更新予定の有無 有 ・ 無
7. 賃金内訳等(該当箇所に記入願います)
 - ア. 時 給 円
 - イ. 日 給 円
 - ウ. 雇用形態 1日 時間 週 日勤務
8. 給与等支給日 毎月 日締め 当月 翌月 日払い

支払年月	支給対象期間	給与総支給額	内 交通費	備 考
年 月	月 日 ～ 月 日	円 ()	円 ()	
年 月	月 日 ～ 月 日	円 ()	円 ()	
年 月	月 日 ～ 月 日	円 ()	円 ()	
年 月	月 日 ～ 月 日	円 ()	円 ()	
年 月	月 日 ～ 月 日	円 ()	円 ()	
年 月	月 日 ～ 月 日	円 ()	円 ()	
年 月	月 日 ～ 月 日	円 ()	円 ()	
年 月	月 日 ～ 月 日	円 ()	円 ()	
年 月	月 日 ～ 月 日	円 ()	円 ()	
年 月	月 日 ～ 月 日	円 ()	円 ()	
年 月	月 日 ～ 月 日	円 ()	円 ()	
年 月	月 日 ～ 月 日	円 ()	円 ()	
合計		円		

※交通費未支給の場合は斜線を記入願います。

上記のとおり相違ないことを証明します。

平成 年 月 日

事業主

住 所

氏 名

印