

(別紙)

給与支払証明書 (令和3年分)

令和3年 月 日

(宛先) 香川県後期高齢者医療広域連合長

所在地  
事業主 事業所名 ⑩  
電話番号 (担当: )

以下のとおり、相違ないことを証明します。

住所			
氏名		生年月日	年 月 日

上記の従業員について、以下のとおり証明します。

給与種別	<input type="checkbox"/> 基本給 <input type="checkbox"/> 日給 <input type="checkbox"/> 時給 <input type="checkbox"/> その他					
	令和3年 賃金支払い 対象期間	勤務 日数	支給 見込・実績	賃金額		
基本支給額				時間外・通勤手当等	合計額	
1月分	月 日~ 月 日	日	見込・実績	円	円	円
2月分	月 日~ 月 日	日	見込・実績	円	円	円
3月分	月 日~ 月 日	日	見込・実績	円	円	円
4月分	月 日~ 月 日	日	見込・実績	円	円	円
5月分	月 日~ 月 日	日	見込・実績	円	円	円
6月分	月 日~ 月 日	日	見込・実績	円	円	円
7月分	月 日~ 月 日	日	見込・実績	円	円	円
8月分	月 日~ 月 日	日	見込・実績	円	円	円
9月分	月 日~ 月 日	日	見込・実績	円	円	円
10月分	月 日~ 月 日	日	見込・実績	円	円	円
11月分	月 日~ 月 日	日	見込・実績	円	円	円
12月分	月 日~ 月 日	日	見込・実績	円	円	円
(A)	(計)			円	円	円

賃金に対する特記事項

賃金の定例支給日	毎月 日	
上記月払い賃金以外の手当・賞与等	有 ・ 無	※有の場合は以下の欄に記入してください。
名称	支給日	支給額
	月 日	円
	月 日	円

令和3年の総支給見込額