

# 給与等支払証明書

年 月 日

(あて先) 京都府後期高齢者医療広域連合長

事業所所在地

名 称

代表者名

印

次のとおり証明します。

氏名	住所			
職名	職務内容	就職	年 月 日	
給 与 額	年 月分 ( / ~ / 分)	年 月分 ( / ~ / 分)	年 月分 ( / ~ / 分)	
	基本給	円	円	円
	日給( 日分)	円	円	円
	通勤手当	円	円	円
	その他手当	円	円	円
	計	円	円	円
	支給日	年 月 日	年 月 日	年 月 日

前1年間の 臨時給与 (賞与等)	支給額	支給日
夏期手当	円	年 月 日
年末手当	円	年 月 日
その他臨時給与	円	年 月 日
計	円	