

様式第3号（第6条関係）

給 与 証 明 書

年 月 日

茨城県後期高齢者医療広域連合長 宛て

事業所の所在地

事業所の名称

事業主（雇主）名

印

次のとおり証明します。

※署名による場合は、押印を省略することができます。

住所		職名及び	
氏名		職務内容	
区 分	当月分見込み	前 3 か 月 分	
	年 月分	年 月分	年 月分
勤務（就労）日数			
給 与 等 支 給 額	基 本 給		
	家族手当(人)		
	住居手当		
	時間外勤務手当		
	賞 与		
	支給額合計(7)		
控 除 額	所 得 税		
	住 民 税		
	健康保険料		
	厚生年金保険料		
	雇用保険料		
	控除額合計(イ)		
差引支給額(7)-(イ)			

注意 この給与証明書は、後期高齢者医療保険料減免の申請のため、茨城県後期高齢者医療広域連合長に対し、被保険者及びその家族の生活状況を申告するために必要なものです。

当月及び前3か月分の期間における全ての給与等支給額及び控除額（当月分については、見込み額とします。）について、それぞれの内訳を記入して証明してください。