給与支払証明書

下記のとおり雇用していることを証明する。

令和　　　年　　　月　　　日

事業所名

代表者氏名　　　　　　　　　　　　　　㊞

記

被雇用者氏名

雇用条件は次のとおり

採用年月日　　 　平成・令和　　　年　　　月　　　日

採用期限日　　 平成・令和　　　年　　　月　　　日　更新の有無　　有　・　無

（期限付採用の時は、必ず記入してください。）

退職年月日　　　　　平成・令和　　　年　　　月　　　日

健康保険の加入　　　 加入している　　　・　　　加入していない

雇用保険の加入　　　 加入している　　　・　　　加入していない

給 　　　与　　　　　月額　　　　　　　　　　円(諸手当含む)

　　　　　　　　 日額　　　　　　円（１か月の契約稼動日数　　　日）

時給　　　　　　円（１日の契約稼動時間数　　　時間）

交通費　　　　　円/日

賞 　　　与　　　　　無　・　有　（　１回　・　２回　・　３回以上　）

給与支払状況（採用日からの支払状況）－交通費も含めてください－

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 支払年月日 | 総支払額 | 支払年月日 | 総支払額 | 支払年月日 | 総支払額 |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |