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