

1 認定・2 取消 の申告（どちらかに○をしてください）

—

## 給与支払等証明書

青森県市町村職員共済組合の被扶養者の資格申請（認定・取消）において、給与等の収入を把握する必要があるため、下記事項についてご証明願います。

なお、この証明書は、目的以外に使用することはありません。

### 雇用状況

氏名		生年月日	元号	年	月	日
雇用開始年月日	年 月 日 [雇用条件変更の場合 年 月 日]					
雇用契約期間	年 月 日から 年 月 日まで (更新可能性 <input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無)					
賃金、賞与、諸手当等	<input type="checkbox"/> 時間給 ・ <input type="checkbox"/> 日給 ・ <input type="checkbox"/> 月給 ⇒ 円					
	賞与	<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無	※有の場合 年 回	その他諸手当		円
	通勤手当等	<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無	※有の場合 1日	円×労働日数分、月		円
社会保険等加入状況	社会保険 <input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無			雇用保険 <input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無		
勤務形態	1日の勤務時間 実働 時間			1か月の労働日数 日		
特記事項 上記以外の定めを記入						
その他	賃金締切日	日	支払日	日	離職日	年 月 日

**勤務状況及び賃金支払状況** 〔課税・非課税の通勤手当等を含めて、各種控除前の総支給額を支払日の月ごとに記入してください。〕

支給月	日数	総支給額	支給月	日数	総支給額	支給月	日数	総支給額
年 月	日	円	年 月	日	円	年 月	日	円
年 月	日	円	年 月	日	円	年 月	日	円
年 月	日	円	年 月	日	円	年 月	日	円
年 月	日	円	年 月	日	円	年 月	日	円
年 月	日	円	年 月	日	円	年 月	日	円
年 月	日	円	年 月	日	円	年 月	日	円
賞与 月	支給対象 年 月 ~年 月	円	賞与 月	支給対象 年 月 ~年 月	円	賞与 月	支給対象 年 月 ~年 月	円

上記のとおり相違ないことを証明します。

年 月 日

事業所所在地  
事業所名  
電話番号  
代表者氏名

- 1 認定申告の場合は、過去6か月の支給実績及び申請月から向こう1年間の見込み額を記入してください。
- 2 取消申告の場合は、前年の1月から申請月までの支給実績を記入してください。
- 3 雇用状況、勤務状況及び賃金支払状況について該当する箇所は、すべて記入してください。