

給与明細書を紛失した際、または、収入のない月の証明としてご利用ください。給与明細がある場合は、提出の必要はありません。

提出日  
令和 年 月 日

小田急グループ健康保険組合 様

事業所名.....  
記号・番号.....  
被保険者氏名.....  
被扶養者氏名.....

## 給 与 支 払 額 証 明 書

給与支払額を以下の通り証明いたします。

給与支払月	総支給額※
令和 年 月払	
令和 年 月払	
令和 年 月払	
3か月 支給額合計	

※「総支給額」とは、交通費、残業代、その他諸手当すべてを含む金額です。

申請する被扶養者さまの勤務先でご記入ください。

令和 年 月 日

所在地
事業所名称
事業主名
電話番号

(印)