

(認定様式 5号)

給 与 支 払 証 明 書 オリンパス健康保険組合理事長 殿	常務理事	事務長	課 長	担当者

認定対象者申請日：平成 年 月 日

認定対象者氏名	印		男・女
生 年 月 日	昭和・平成： 年 月 日	続柄：	年齢： 歳
住 所			

NO	支 払 年 月 日	支払金額(諸手当を含む総額)	備 考
1	年 月分	円	
2	年 月分	円	
3	年 月分	円	
4	年 月分	円	
5	年 月分	円	
6	年 月分	円	
合 計		円	
平 均		円	

上記の者に対する直近の_____ヶ月分の諸給与の支払は、上記の通り相違ありません。

平成 年 月 日

住 所_____

会 社 名_____

代 表 者 名_____印