

(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 21年 4月 1日

認定対象者氏名	光学花子 印		男・女
生年月日	昭和・平成： 47年 3月 3日	続柄：妻	年齢：37歳
住所	東京都八王子市石川町 12345		

NO	支払年月日	支払金額(諸手当を含む総額)	備考
1	20年 10月分	44,000 円	
2	20年 11月分	58,000 円	
3	20年 12月分	66,000 円	
4	21年 1月分	66,000 円	
5	21年 2月分	66,000 円	
6	21年 3月分	66,000 円	
合計		366,000 円	
平均		61,000 円	

青色の文字は会社側記入欄です

上記の者に対する直近の 6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 21年 4月 1日

住所 東京都 西多摩郡 日の出町 56789

会社名 西多摩 株式会社

代表者名 東京 太郎 印