（「共同扶養」の調査、「配偶者・子以外」の調査で優先扶養義務者がいる場合に使用）

|  |
| --- |
| **給与・賞与支払（見込）証明書２****オリンパス健康保険組合理事長 殿** |
|

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 対象者氏名 |   | 男 ・ 女 |
|  | 昭和・平成： 　　 年 月 日  | 続柄： | 年齢： 歳 |
|  |  |
| 勤務開始日 | 昭和・平成・令和： 　　 年 月 日  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ＮＯ | 支 払 年 月 日 | 支払金額（諸手当を含む総額） | ＮＯ | 支 払 年 月 日 | 支払金額（諸手当を含む総額） |
| １ | R 　 年 月分 | 円 | ７ | R 　 年 月分 | 円 |
| ２ | R 　 年 月分 | 円 | ８ | R 　 年 月分 | 円 |
| ３ | R 　 年 月分 | 円 | ９ | R 　 年 月分 | 円 |
| ４ | R 　 年 月分 | 円 | １０ | R 　 年 月分 | 円 |
| ５ | R 　 年 月分 | 円 | １１ | R 　 年 月分 | 円 |
| ６ | R 　 年 月分 | 円 | １２ | R 　 年 月分 | 円 |
| 賞与① | R 　 年 月分 | 円 | 賞与② | R 　 年 月分 | 円 |
| 合 計 | 円 |  |
| 備 考 | 令和　　　年　　　月　～　令和　　　年　　　月までは収入実績令和　　　年　　　月　～　令和　　　年　　　月までは収入見込賞与　有　・　無　　年　　　回（　　　月、　　　月）※休業開始日：令和　　　年　　　月　　　日（休業した場合に記載）※復職日：令和　　　年　　　月　　　日 |

上記の通り証明いたします。

 **令和 年 月 日**

**事業主名**

 **印**