

給与等支払証明書（扶養状況調査）

この証明は、被扶養者資格を確認するため、神奈川県市町村職員共済組合に提出するものです。
仕事を複数掛け持ちされている方は、各勤務先の証明を受けてから提出してください。

組合員記号番号	-
組合員氏名	
被扶養者氏名	

※給料を支給した日の属する月の各種控除前の支給総額（交通費含む）を証明してください。
また、給与支払方法等についても必ず記入してください。

雇入年月日	平成 令和	年	月	日
退職年月日	令和	年	月	日

雇入日・退職日を必ず記入してください

令和5年	給与支給月	支給総額
	1月	円
	2月	円
	3月	円
	4月	円
	5月	円
	6月	円
	7月	円
	8月	円
	9月	円
	10月	円
	11月	円
	12月	円
	賞与 月	円
	賞与 月	円
合計	円	

令和6年	給与支給月	支給総額
	1月	円
	2月	円
	3月	円
	4月	円
	5月	円
	6月	円
	7月	円
	8月	円
	9月	円
	10月	円
	11月	円
	12月	円
	賞与 月	円
	賞与 月	円
合計	円	

給与支払方法： 当月払い ・ 翌月払い
賞与の支給： あり ・ なし
雇用保険加入の有無： あり ・ なし

※該当する方に○をしてください。

上記のとおり、給与等支給事実に相違ないことを証明します。

令和 年 月 日

給与等支払事業所名
または支払者名

印

問合せ先電話番号

※事業内容（支払者名が個人名の場合のみ記入）