

給料月額等証明書

氏名

雇用開始年月日（働き始めた日） 年 月 日

雇用終了年月日（退職した日） 年 月 日

直近1年間の給料支給額

年月分	給料支給額	支給日	備考
年 月	円	年 月 日	
年 月	円	年 月 日	
年 月	円	年 月 日	
年 月	円	年 月 日	
年 月	円	年 月 日	
年 月	円	年 月 日	
年 月	円	年 月 日	
年 月	円	年 月 日	
年 月	円	年 月 日	
年 月	円	年 月 日	
年 月	円	年 月 日	
年 月	円	年 月 日	

過去1年間に支払った賞与等（毎月の給料以外のもの）

支給日	賞与等支給額	備考
年 月 日	円	
年 月 日	円	
年 月 日	円	

上記のとおり相違ないことを証明する。

年 月 日

事業所名

職・氏名

印

(注)

- 雇用開始年月日は必ず記入してください。雇用終了年月日は被雇用者が既に退職している場合、記入してください。
- 支給額は、各種控除がある場合、控除前の税込額を記入してください。
- 給料が日額で支給されている場合は、1か月分に相当する給料額を記入し、備考欄に日額を記入してください。
- 通勤手当の支給がある場合は、通勤手当を含まないものを記入してください。
- 直近1年間の支給実績を記入してください。

-----組合員記入欄-----

所属所名

組合員証番号

----- 組合員氏名 -----

給与収入のある40歳以上の被扶養者の方へ



パート・アルバイト先の職場で定期健康診断を受けていませんか？

本組合では、保険者として健康管理のため、40歳から74歳までの被扶養者の方で、職場の定期健康診断を受けた方の、定期健康診断結果票の提出にご協力をお願いしております。

もしかしたら、JCBギフトカードGETTのチャンスかもしれないですよ？

(詳細は、特定健康診査受診券をお配りした際のパンフレットをご覧ください。)

対象者

○令和4年4月1日から引き続き被扶養者である40歳以上の方
(年度内に40歳に到達する方を含みます。)

注意事項

なお、右の受診券(黄色)を使って、医療機関等で特定健康診査を受診された場合は、結果票の提出は必要ありません。

共済組合が実施する助成事業により人間ドックを受診される場合も同様です。

特定健康診査受診券(セット券)		交付
受診券整理番号		
受診者の氏名	性別	生年月日
有効期限	健康内容	
窓口での自己負担	特定診察(通年部分)	検査項目
	特定診察(通年部分)	検査項目
	その他(通年部分)	検査項目
	その他(通年部分)	検査項目
	検査項目	
保険者所在地	高根県松江市千鳥町20番地	
保険者番号・名称	高根県市町村職員共済組合	
保険者電話番号	323204118	
契約とりまごめ機関名		
支払代行機関名・番号		

本件に関するお問合せ先

島根県市町村職員共済組合

担当：健康管理課保健担当

Tel 0852-21-9510