# 給与等支払証明書
（給与改定に伴う差額支給用）

| 組合員記入欄 | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 記号 | 番号 | 組合員氏名 | 被扶養者氏名 | 組合員との続柄 |
| 埼 | | | | |

1．雇用契約者

| 雇用契約者氏名 | 性別 | 生年月日 | 雇用契約年月日 |
|---|---|---|---|
| | 男　・　女 | 年　　月　　日 | 年　　月　　日 |

2．支給状況

| 適用年月 | 総支給額 | 差額支給日 | 差額 |
|---|---|---|---|
| 年　　月 | 円 | 年　　月　　日 | 円 |
| 年　　月 | 円 | 年　　月　　日 | 円 |
| 年　　月 | 円 | 年　　月　　日 | 円 |

上記のとおり証明いたします。

令和　　年　　月　　日

所　在　地

事 業 所 名

代 表 者 名

電 話 番 号　　（　　）

給与担当者名

※裏面「必ずお読みください！」をご覧ください。

【証明書発行依頼元】　埼玉県市町村職員共済組合

# 必ずお読みください！

**1．被扶養者の認定申請（取消申請）を行う組合員の方へ**

表面にある「組合員記入欄」に該当項目を記入のうえ、被扶養者が勤務する給与支払事業所へご提出願います。

**2．給与等支払証明書を作成いただく事業主様（給与事務担当者様）へ**

当組合では、健康保険法並びに当組合被扶養者認定基準に基づく被扶養者の適正な認定処理を行うため、給与収入がある対象者（給与所得者）の収入確認を行っております。

給与改定に伴う差額が支給された場合における被扶養者認定の収入額を確認するため、下記の事項にご留意いただき、当該証明書を発行くださるようご協力方お願いいたします。

なお、当該証明書に記入された個人情報は、当組合の健康保険業務以外には使用いたしませんことを申し添えます。

**【記入上の注意】**

（1）雇用契約者欄

雇用契約者氏名・性別・生年月日・雇用契約年月日を記入してください。

（2）支給状況欄

原則、給与改定に伴う差額の支給月を含む前3ヵ月の支給状況を記入してください。

なお、総支給額とは、通勤手当などの各種手当を含み、税・社会保険料控除前の支給額を記入してください。

また、給与改定に伴う差額については、当該差額が支給された支給年月日及び差額支給金額を記入してください。

【組 合 名】　埼玉県市町村職員共済組合

【担 当 課】　保険課　資格・調定担当

【所 在 地】　さいたま市浦和区岸町7丁目5番14号　さいたま共済会館

【電話番号】　048-822-3306（保険課直通）