**社会保険未加入証明書・給与支払（見込）証明書**

下記の者について以下の通り証明します。

1. 対象者氏名：
2. 雇用・契約（予定）期間：　　　年　　月　　日～　　　年　　月　　日  
   　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（終了日未定の場合には至日は未記入で可）
3. 雇用形態：アルバイト・パート・その他（　　　　　　　　）  
   　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（該当するものを○で囲んでください）
4. 社会保険（健康保険・年金保険）適用：　**無**
5. 雇用保険適用：　**有**　・　**無**　（該当するものを○で囲んでください）
6. 年収見込証明：

　　　　　（証明期間：　　　年　　月　　日～　　　年　　月　　日）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 支払（予定）年月 | 支払額 | 賞与等の額 | 総支払額 |
| 年　　月 | 円 | 円 | 円 |
| 年　　月 | 円 | 円 | 円 |
| 年　　月 | 円 | 円 | 円 |
| 年　　月 | 円 | 円 | 円 |
| 年　　月 | 円 | 円 | 円 |
| 年　　月 | 円 | 円 | 円 |
| 年　　月 | 円 | 円 | 円 |
| 年　　月 | 円 | 円 | 円 |
| 年　　月 | 円 | 円 | 円 |
| 年　　月 | 円 | 円 | 円 |
| 年　　月 | 円 | 円 | 円 |
| 年　　月 | 円 | 円 | 円 |
| 合　計 | 円 | 円 | 円 |

* 年　　月　　～　　　　年　　月分までは支払実績
* 年　　月　　～　　　　年　　月分までは支払見込

年　　月　　日

住所

会社名

電話番号