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（　　）

（該当するものを〇で囲んでください）

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**　（該当するものを〇で囲んでください）

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