特別給与（ボーナス）支払証明書

住　　　所

被災労働者

氏　　　名

負傷年月日　　　　　　　年　　　月　　　日

下記のとおり相違ないことを、証明します。

記

1. 特別給与支払　　　有　・　無
2. 特別給与の額（負傷日以前の１年間）

支払年月日

　　　年　　　月　　　日　　　　　　　　　　　　　　　　円

　　　年　　　月　　　日　　　　　　　　　　　　　　　　円

　　　年　　　月　　　日　　　　　　　　　　　　　　　　円

合　　　　　　計　　　　 　　　　　　　　　　　　　　円

（支払額は、支払総額を記載してください）

労働基準監督署長　殿

住　所

事業主

氏　名