

【被保険者記入欄】

記号

番号

被保険者氏名

申請対象者氏名

私、申請対象者は年間130万未満で働くことを誓約いたします。



【勤務先記入欄】

年間収入見込額証明書

記入日 年 月 日

事業主様へ

下記内容につきまして貴社に在籍中の従業員様の勤務状況および年間見込収入等につきまして証明をお願いいたします。

※『年間収入見込額証明書』は当健康保険組合に扶養認定申請のあった方について、現在の収入状況を確認させていただくために提出をお願いしております。扶養認定以外の目的で使用することはありません。

貴社従業員氏名	
雇用開始年月日	平成 年 月 日
雇用変更年月日 (変更があった場合)	平成 年 月 日
雇用形態	<input type="checkbox"/> パート <input type="checkbox"/> アルバイト <input type="checkbox"/> 派遣社員 <input type="checkbox"/> 正社員 <input type="checkbox"/> その他()
賃金形態	<input type="checkbox"/> 時間給 円 <input type="checkbox"/> 日給 円 <input type="checkbox"/> 月給 円
1日の勤務時間	時間
月平均稼働日数	日
交通費(課税+非課税)	円(月額)
年間収入見込金額	※記入する月から1年間の見込金額を記入してください。(税込金額) ①給料 円 ②賞与 円 ③交通費 円(課税+非課税) 年間見込収入合計 円 (①+②+③)
現在の勤務状況	<input type="checkbox"/> 上記のとおり勤務 <input type="checkbox"/> 育児休業中 平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日(予定) <input type="checkbox"/> 産休中 平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日 <input type="checkbox"/> その他(詳細)
備考欄	下記理由にて年間収入見込み額の記入不可 理由 (詳細) ※直近三か月分の給与明細を添付してください

貴事業所名

所在地

代表者名

電話番号

事業所印

ご担当者名
連絡先TEL