

記入例

オートバックス健康保険組合

被扶養者の収入確認に当たっての「一時的な収入変動」に係る事業主の証明書

当事業所において雇用されている下記被扶養者^{※1}については、雇用契約等により本来想定される年間収入が被扶養者の収入要件である 130 万円未満^{※2}です。この事業主記載欄に記載された期間に係る収入増については、人手不足による労働時間延長等に伴う一時的なものであることを証明します。

※1 新たに被扶養者としての認定を受けようとする者を含みます。

※2 60 歳以上の者又は概ね厚生年金保険法による障害厚生年金の受給要件に該当する程度の障害者については、180 万円未満となります。

【被保険者・被扶養者記載欄】

提出年月日 ^{※3}		令和 ○年 ○月 ○日
被保険者	(フリガナ) 氏名	ケンポ タロウ 健保 太郎
	被保険者等記号・番号	999-9999
被扶養者	(フリガナ) 氏名	ケンポ ヤスコ 健保 康子
	被保険者等記号・番号	999-9999

※3 被保険者の事業所や保険者（健康保険組合等）に提出する際に記載し

【被扶養者を雇う事業主の記載欄】

事業主氏名	10月～12月 各月收入(実績)が15万円の場合、 15万円×3ヶ月=45万円	1ヵ月当たりの収入が10万円の場合 10万円×12ヵ月=1,200,000円
電話番号	03-1234-5678	
雇用契約等により本来想定される年間収入		1,200,000円
人手不足による労働時間延長等が行われた期間		令和 ○年 10月 から 令和 ○年 12月 まで
上記期間における当事業所での労働による収入額(実績額)		450,000円

※4 【参考】年収(概算)は下記金額の合計ではありません

1月～9月 10万円×9ヵ月= 90万円

10月～12月 15万円×3ヵ月=45万円

年収(概算)合計:90万円+45万円=135万円

の収入を確認する際の添付書類に提出する書類となります。れる場合があります。