

## 【被保険者記入欄】

記号

番号

被保険者氏名（社員本人）

申請対象者氏名（申請する家族）

私（申請対象者）は、年間130万円未満（60歳以上は180万円未満）で働くことを誓約いたします。（☑を記入してください。）

※ 上記誓約確認☑の記入がない場合は審査ができません。

## 【勤務先記入欄】

## 年間収入見込額証明書

事業主様へ

貴社に在籍中の従業員様の勤務状況および年間収入見込額等につきまして、下記内容の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。認定以外の目的で使用することはありません。

貴社従業員様氏名				
雇用開始年月日	平成 令和	年 月 日	社会保険適用の状況 (入社時)	適用・雇用保険のみ・除外
雇用変更年月日 (変更があった場合)	平成 令和	年 月 日	社会保険適用の状況 (変更後)	適用・雇用保険のみ・除外
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)			
年間収入見込額	※記入する月から1年間の収入見込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)			
	年間収入見込額合計 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(予定) <input type="checkbox"/> その他(詳細 )			
年間収入見込額 証明不可の場合 (理由を記入してください)	下記理由にて年間収入見込額の記入不可 ( 詳細を記入してください。 ) ※直近3カ月分の給与明細を添付してください			

(証明日) 令和 年 月 日

貴事業所名

所在地

代表者名

電話番号

※ 社判(ゴム印等)の押印をお願いします。

ご担当者名  
連絡先TEL

記入例

記号

①

99

番号

②

1234578

被保険者氏名（社員本人）

③ 大和 太郎

申請対象者氏名（申請する家族）

④ 大和 ミケ子

⑤  私（申請対象者）は、年間130万円未満（60歳以上は180万円未満）で働くことを誓約いたします。（を記入してください。）※ 上記誓約確認の記入がない場合は審査ができません。

## 年間収入見込額証明書

事業主様へ

貴社に在籍中の従業員様の勤務状況および年間収入見込額等につきまして、下記内容の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。認定以外の目的で使用することはありません。

貴社従業員様氏名	⑥ 大和 ミケ子			被扶養者（申請する家族）の勤務先証明欄		
雇用開始年月日	⑦ 平成 30年4月1日	社会保険適用の状況（入社時）	⑧ 適用	・ 雇用保険のみ ・ 除外		
雇用変更年月日 （変更があった場合）	⑨ 平成 2年6月1日	社会保険適用の状況（変更後）	⑩ 適用	・ 雇用保険のみ ・ 除外		
雇用形態	⑪ <input checked="" 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	⑫ <input checked="" type="checkbox"/> 時間給	1,100 円	<input type="checkbox"/> 日給	円	<input type="checkbox"/> 月給	円
1日の勤務時間	⑬ 6 時間					
月平均稼働日数	⑭ 15 日					
交通費（課税＋非課税）	⑮ 5,000 円（月額）					
年間収入見込額	⑯ ※記入する月から1年間の収入見込額を記入してください。（税込金額）					
	⑰ 給料	1,188,000 円				
	⑱ 賞与	円				
	⑲ 交通費	60,000 円	（課税＋非課税）			
	年間収入見込額合計	1,248,000 円	（⑰＋⑱＋⑲）			
現在の勤務状況	⑳ <input checked="" 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	（予定）	
	<input type="checkbox"/> その他（詳細 ）					
年間収入見込額 証明不可の場合 （理由を記入してください）	㉑ 下記理由にて年間収入見込額の記入不可 （詳細を記入してください。）					
	※直近3カ月分の給与明細を添付してください					

㉒（証明日） 令和 年 月 日

貴事業所名

所在地

代表者名

電話番号

ご担当者名  
連絡先TEL

※ 社判（ゴム印等）の押印をお願いします。

# 年間収入見込額証明書 記入方法

【年間収入見込額証明書の記入・提出にあたって】

- (1) 申請する家族1人につき1枚ご記入ください。
- (2) 文字はボールペンを用いて楷書ではっきり漏れなく記入してください。
- (3) 届出にあたっては、健康保険被扶養者（異動）届他必要書類を添付のうえご提出ください。
- (4) ご提出いただいた届出および添付書類は一切返却いたしませんので、予めご了承ください。

	No.	項目	記入方法および記入上の注意点
被 保 険 者 （ 社 員 本 人 ）  記 入 欄	①	健康保険被保険者証 記号	保険証に記載されている記号を記入してください。
	②	健康保険被保険者証 番号	保険証に記載されている番号（または社員番号）を記入してください。
	③	被保険者氏名（社員本人）	社員本人の漢字氏名を記入してください。
	④	申請対象者氏名（申請する家族）	扶養申請する家族の漢字氏名を記入してください。
	⑤	誓約確認	誓約に同意のうえ☑を記入してください。 ※ ☑の記入がない場合は審査ができません。
被 扶 養 者 （ 申 請 す る 家 族 ）  の 勤 務 先 証 明 欄	⑥	貴社従業員様氏名	勤務している家族（申請対象者）の漢字氏名を記入してください。
	⑦	雇用開始年月日	契約している雇用開始年月日、社会保険適用の状況を記入してください。
	⑧	社会保険適用の状況（入社時）	
	⑨	雇用変更年月日（変更があった場合）	正社員からパートへ、社会保険適用から除外へ変更になった場合、雇用変更年月日と、社会保険適用の状況を記入してください。（雇用開始時より変更がない場合は、記入不要）
	⑩	社会保険適用の状況（変更後）	
	⑪	雇用形態	契約している雇用形態に☑をしてください。その他の場合はカッコ内に記入してください。
	⑫	賃金形態	契約している賃金形態に☑をし、金額を記入してください。
	⑬	1日の勤務時間	
	⑭	月平均稼働日数	契約している1日の勤務時間、月平均稼働日数、1カ月の交通費（課税+非課税）を記入してください。
	⑮	交通費（課税+非課税）	
	⑯	年間収入見込額	記入する月から1年間の見込額合計（①給料+②賞与+③交通費）を記入してください。
	⑰	現在の勤務状況	契約している現在の勤務状況に☑をしてください。育児休業中または、産休中はその期間を、その他の場合は、カッコ内に詳細を記入してください。
	⑱	年間収入見込額証明不可の場合	年間収入見込額合計の記入ができない場合、カッコ内に詳細を記入してください。
	⑲	事業主証明欄	社判または、ゴム印等を押印してください。全て手書きで社判等がないもの、個人印での証明は不可。