【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。**　㊞

【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	□ パート　□ アルバイト　□ 派遣社員　□ 正社員　□ その他（　　）		
賃金形態	□ 時間給　　円　□ 日給　　円　□ 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	□ 上記のとおり勤務 □ 育児休業中　平成 令和　年　月　日 ～ 平成 令和　年　月　日（予定） □ 産休中　平成 令和　年　月　日 ～ 平成 令和　年　月　日（予定） □ 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

印

※ 個人㊞ではなく、社判（ゴム印等）の押印をお願いいたします。

（ご担当者名
連絡先TEL）

記入等に関する問い合わせ先　**ヤマトグループ健康保険組合　適用グループ　03-3543-4271（代表）**　2019年5月改訂

被保険者（社員本人）に関する事項

記入例 【記入欄】　記号 ① 11　番号 ② 1111111

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

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。　⑤ 印 大和

【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。

被扶養者（申請する家族）の勤務先証明欄

貴社従業員様氏名	⑥ 大和　ミケ子		
雇用開始年月日	平成・令和 ⑦ 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）	平成・令和 ⑨ 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	☑ パート　☐ アルバイト　☐ 派遣社員　☐ 正社員　☐ その他（　）		
賃金形態 ⑫	☑ 時間給 1,100 円　☐ 日給　円　☐ 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）		

⑯ 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	1,188,000 円	
②賞与	円	
③交通費	60,000 円	（課税+非課税）
年間収入見込額合計	1,248,000 円	（①+②+③）

⑰ 現在の勤務状況

☑ 上記のとおり勤務

☐ 育児休業中　平成・令和　年　月　日 ～ 平成・令和　年　月　日（予定）

☐ 産休中　平成・令和　年　月　日 ～ 平成・令和　年　月　日（予定）

☐ その他（詳細　）

⑱ 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

⑲ （証明日）　令和　2　年　6　月　10　日

貴事業所名	くろねこ歯科クリニック
所在地	東京都黒猫区魚町2-22-222
代表者名	猫田　一二三
電話番号	03-1234-5678
ご担当者名 連絡先TEL	事務担当　猫田　夏美 03-1234-5678

⑳ 印 くろねこ歯科クリニック之印

※ 個人㊞ではなく、社判（ゴム印等）の押印をお願いいたします。

記入等に関する問い合わせ先　ヤマトグループ健康保険組合　適用グループ　03-3543-4271（代表）　2019年5月改訂

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、予めご了承願います。

	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**	ヤマト運輸（株）の記号は『11』と記入してください。 ※　保険証に記載されています。
	②	**健康保険被保険者証　番号**	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	**捺印**	誓約に同意のうえ押印してください。
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**	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。
	⑭	**月平均稼働日数**	
	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**	証明日、事業所名、所在地、代表者名、電話番号、ご担当者名、連絡先電話番号を記入してください。
	⑳	**事業主印**	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。