

給与年間収入（見込）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。

※『給与年間収入(見込)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。

氏名			
生年月日	年	月	日
雇用開始年月日	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)	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
就業場所			
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()		
資金形態	<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)		
給与年間収入(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給与	円	
	②賞与	円	
	③交通費	円	
	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 年 月 日～ 年 月 日 <input type="checkbox"/> 産休中 年 月 日～ 年 月 日 <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)		

上記の通り証明します。

年 月 日

事業所所在地

事業所名称

事業主氏名



電話番号