

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

貴事業所において雇用されている下記対象者について、雇用契約等により本来想定される年間収入が、健康保険組合の被扶養者の収入要件を満たしている^{※1}ことを確認するための書類です。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てください。

※1 60歳未満の者は、年間130万円（月額¥108,334未満）、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、年間180万円（月額¥150,000）未満となります。

【被保険者・被扶養者記入欄】

健保への提出年月日 ^{※2}		令和 年 月 日	
被保険者等記号・番号		(記号) 100 (番号)	
被保険者	フリガナ		
	氏 名		
被扶養者	フリガナ		(続柄)
	氏 名		

※2 被保険者の事業所に提出する際に記入してください。

【対象者を雇う事業主の記載欄：事業主について】

事業所名称 ・住所・電話番号 (社判推奨)			
記入担当者			
従業員数	50人以下 ・ 51人以上 ・ 101人以上		
特定適用事業所に該当	する ・ しない		
一時的な収入増の理由 (勤務先の都合による収入増のみが対象)	<input type="checkbox"/> 人手不足による業務量増加 <input type="checkbox"/> 繁忙期による勤務増加 <input type="checkbox"/> 事業所全体の業務量増加 <input type="checkbox"/> その他 [詳細:]		

【対象者を雇う事業主の記載欄：直近12か月の給与支払い実績証明^{※3}】

支 払 い 月	総 支 給 額	一時的収入増対象月に○	特 記 事 項
令和 年 月	円		
令和 年 月	円		
令和 年 月	円		
令和 年 月	円		
令和 年 月	円		
令和 年 月	円		
令和 年 月	円		
令和 年 月	円		
令和 年 月	円		
令和 年 月	円		
令和 年 月	円		
令和 年 月	円		

※3 雇用開始日から1年経っていない場合は、支払い実績のある期間のみを記入してください。
 総支給額は、非課税交通費を含んだ、控除前の金額を記入してください。
 賞与や手当等、通常の給与以外が含まれる月は、特記事項に金額と内容を記入してください。

【対象者を雇う事業主の記載欄：雇用契約内容の証明^{※4}】

対象者の雇用開始日	年 月 日
明確な雇用契約の有無	あり・なし <なしの場合は以下記入不要>
雇用契約などにより本来想定される収入	月収 円（年 万円）
給 与	円（時給・日給・月給）
労働時間	<いずれか契約で決まっている時間数のみを記入> 一日 時間 または 1週 時間 または 一月 時間
労働日数	<いずれか契約で決まっている日数のみを記入> 一週 日 または 一月 日
通勤費	なし・あり → 円 / 日・月
その他手当	なし・あり → 円（手当名称 ）

※4 本来の収入が確認できる明確な雇用契約がなく、基準内の収入で一定期間就労した実績がない場合は、今回の基準を超える収入が事業主都合による一時的なものであると確認できず、本措置の対象外となる事があります。

本証明は、被扶養者認定にて対象者の収入を確認する書類として、被保険者から事業所を
 経由して健康保険組合に提出する書類です。追加の書類が必要になる事があります。記入
 がない項目がある場合には、受け付けられません。