

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

【被保険者情報】

・被保険者情報は、被保険者の事業所や健康保険組合に提出する際に記載してください。

被保険者等 記号		被保険者等 番号		令和 年 月 日 提出
事業所名				
氏名	フリガナ 氏		名	

【被扶養者を雇う事業主の証明】

当事業所において雇用されている下記被扶養者<sup>※1</sup>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（180万円<sup>※2</sup>）未満です。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の収入要件です。

被扶養者氏名	フリガナ 氏	名
事業所所在地	〒 都道府県	
事業所名称		
事業主氏名	(印)	
電話番号	— —	
雇用契約等により本来想定される年間収入	円	
労働時間延長等が行われた理由 (該当する項目に○を付け、その他の場合は具体的な理由も記入してください)	1. 他の従業員が退職したため 2. 他の従業員が休職したため 3. 業務の受注が好調だったため 4. 突発的な大口案件受注のため 5. その他 ( )	
労働時間延長等が行われた期間	令和 年 月 から 令和 年 月 まで	
上記期間を含む直近1年間の当事業所での労働による各月の収入（交通費等を含む税引き前の総支給額）		
①令和 年 月	円	⑦令和 年 月 円
②令和 年 月	円	⑧令和 年 月 円
③令和 年 月	円	⑨令和 年 月 円
④令和 年 月	円	⑩令和 年 月 円
⑤令和 年 月	円	⑪令和 年 月 円
⑥令和 年 月	円	⑫令和 年 月 円

- ・本証明書は、被扶養者認定及び被扶養者の資格確認において対象者の収入を確認する際の添付書類として、被保険者から被保険者の事業所や保険者（健康保険組合等）に提出する書類となります。
- ・記載内容の確認に当たって、別途直近の雇用契約書の写しを添付してください。  
また、状況に応じて追加書類をお願いする場合がありますので、あらかじめご了承ください。
- ・記載内容の確認のため、健康保険組合から被扶養者の事業所へ問い合わせさせていただくことがあります。