

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

当事業所において雇用されている下記被扶養者^{※1}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130万円未満^{※2}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については、180万円未満となります。

【被保険者・被扶養者記載欄】

提出年月日 ^{※3}		令和	年	月	日
被保険者	(フリガナ) 氏名				
	被保険者等記号・番号				
被扶養者	(フリガナ) 氏名				
	被保険者等記号・番号				

※3 被保険者の事業所や保険者（健康保険組合等）に提出する際に記載してください。

【被扶養者を雇う事業主の記載欄】

事業所所在地	〒 ー				
事業所名称					
事業主氏名	(証明書作成者氏名)				
電話番号					
雇用契約等により本来想定される年間収入					円
人手不足による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	
上記期間における当事業所での労働による収入額（実績額）					円
上記実績額のうち一時的な増分金額					円

※4 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。

※5 記載内容の確認に当たって、別途給与支払証明書及び雇用契約書[コピー]の添付をお願いします。

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

当事業所において雇用されている下記被扶養者^{※1}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130万円未満^{※2}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については、180万円未満となります。

被保険者・被扶養者の氏名および記号・番号を記入してください。

【被保険者・被扶養者記載欄】

提出年月日 ^{※3}		令和 6年 8月 16日
被保険者	(フリガナ) 氏名	ケンホ° タロウ 健保 太郎
	被保険者等記号・番号	999-9999999
被扶養者	(フリガナ) 氏名	ケンホ° ハナコ 健保 花子
	被保険者等記号・番号	999-9999999

※3 被保険者の事業所や保険者（健康保険組合等）に提出する際に記載してください。

事業所の所在地・名称・事業主氏名・証明書作成者氏名および電話番号を記入してください。

【被扶養者を雇う事業主の記載欄】

事業所所在地	〒105 - 6927 東京都港区虎ノ門4-1-1 神谷町トラストタワー
事業所名称	株式会社 ○○○○
事業主氏名	○○ ○○ (証明書作成者氏名) ○○ ○○
電話番号	00-0000-0000
雇用契約等により本来想定される年間収入	1,240,000円
人手不足による労働時間延長等が行われた期間	令和 5年 10月 から 令和 5年 12月 まで
上記期間における当事業所での労働による収入額（実績額）	380,000円
上記実績額のうち一時的な増分金額	60,000円

※4 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被扶養者の収入を確認する際に添付書類として、被保険者から被保険者の事業所や保

※5 記載内容の確認に当たって、別途給与支

雇用契約等により本来想定される年間収入を記入してください。

別途「給与支払証明書」にて証明いただき、「⑦一時的な収入変動」の該当月に✓をつけた期間について、人手不足による労働時間延長等が行われた期間および実績額を記入してください。

なお、この実績額が給与支払証明書の「⑤合計」額(複数月ある場合は合算額)と一致することを確認してください。