

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】

| | | | | | |
|------------|----------------------|----------|---|---|-----|
| | | 令和 | 年 | 月 | 日提出 |
| 被保険者等記号・番号 | | — | | | |
| 被保険者 | (フリガナ) 氏 名 (生年月日) | (年 月 日) | | | |
| 被扶養者 | (フリガナ) 氏 名 (生年月日) | (年 月 日) | | | |

【被扶養者を雇う事業主の記載欄】 * 給与収入額は、通勤手当等諸手当を含む総支給額をご記入ください。

| | | | | | |
|-----------------------------------|--|--------|------|-------|---------|
| 事業所所在地 | 〒 — | | | | |
| 事業所名称 | | | | | |
| 事業主氏名 | (印) | | | | |
| 電話番号 | | | | | |
| 雇用形態 (該当に○印又は記入) | 1. 正社員 2. パート・アルバイト 3. その他 () | | | | |
| 一時的な収入変動の理由 (該当に○印又は記入) | 1. 他の従業員の退職または休職による 2. 受注好調または突発的な大口案件による 3. その他 () | | | | |
| 雇用契約等により本来想定される年間収入 | 給与 | 円/令和 | 年 | 月~令和 | 年 月 |
| | 賞与 | 円/年 | | | |
| 人手不足による労働時間延長等が行われた期間とその間の収入(実績額) | 令和 | 年 | 月~令和 | 年 | 月 (か月) |
| | 給与: 計 | 円 (月平均 | | 円) | |
| | 賞与: 計 | 円 (| | 月支給分) | |

- ・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西日本プラスチック工業健康保険組合に提出する書類となります。
- ・本証明書には、別途雇用契約書の写し・直近連続3か月分の給与(賞与)明細書の写しを添付ください。尚、記載内容の確認に当たって、別途添付書類を求める場合があります。
- ・本証明書の事業所名称・事業主氏名欄については、押印の省略ができませんのでご注意ください。