

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 19 歳以上 23 歳未満の者は 150 万円未満。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、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	⑩				
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月					
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

※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、別途雇用契約書等の添付書類を求めます。

被保険者及び雇用先の事業主双方で記入願います
 青枠内⇒被保険者／被扶養者本人が記入
 緑枠内⇒被扶養者が就業している会社の事業主が記入

に係る事業主の証明書

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 19 歳以上 23 歳未満の者は 150 万円未満。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、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 7 年 11 月 15 日
被保険者	(フリガナ) 氏 名	ケンポ タロウ 健保 太郎
	被保険者等記号・番号	1000-1111222
被扶養者	(フリガナ) 氏 名	ケンポ イチロウ 健保 一郎
	被保険者等記号・番号	1000-1111222

9,11 月に過剰な労働により収入が増え、10,12 月に支給された収入がオーバー
 (10月 150,000 円、12月 156,000 円) した方の記載例

てください。

事業所所在地	〒 108-8019 東京都新宿区西新宿 3 丁目 19 番 2 号
事業所名称	基金商事株式会社
電話番号	03-9876-5432
雇用契約等により本来想定される年間収入	1,250,000 円
× : 令和 6 年 10 月～12 月 (11 月も対象月であるように見えてしまう)	令和 6 年 10 月、12 月
○ : 令和 6 年 10 月、12 月 ※支給月で記入ください	306,000 円

健保様式『雇用形態証明書』の社判
 に押したものと同一押印

『一時的な変動がなかった場合』の見込み年間収入額
 (本来見込んでいた月収+交通費)×12ヶ月)を記入
 ※健保様式「雇用形態証明書」に記載した合計金額と同額が入ります

- ※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、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、別途雇用契約書等の添付書類を求めます。

「労働時間が超過した月」分として支給された給与
 (この場合は 10 月+12 月給与の総額)を記入