

【被保険者記入欄】	記号	000	番号	0000
被保険者氏名	健保 太郎		申請対象者氏名	健保 花子

【以下勤務先記入欄】

年間収入見込額証明書

記入例

記入日 2019年 ○月 ○日

事業主様へ

下記内容につきまして貴社に在籍中の従業員様の勤務状況および年間見込収入等につきまして証明をお願いいたします。
 ※『年間収入見込額証明書』は当健康保険組合に扶養認定申請のあった方について、現在の収入状況を確認させていただくために提出をお願いしております。扶養認定以外の目的で使用することはありません。

※ご記入いただいた内容を訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容と訂正した方の氏名(サイン)をご記入ください。

貴社従業員氏名	健保 花子		
雇用開始年月日	2018年 1月 5日		
雇用変更年月日 (変更があった場合)	年 月 日		
雇用形態	<input checked="" type="checkbox"/> パート <input type="checkbox"/> アルバイト <input type="checkbox"/> 派遣社員 <input type="checkbox"/> 正社員 <input type="checkbox"/> その他()		
賃金形態	<input checked="" type="checkbox"/> 時間給 900円 <input type="checkbox"/> 日給 円 <input type="checkbox"/> 月給 円		
1日の勤務時間	6 時間		
月平均稼働日数	15 日		
交通費 (課税+非課税)	3,500 円(月額)		
年間収入見込金額	※記入する月から1年間の見込金額を記入してください。(税込金額) ①給料 972,000 円 ②賞与 0 円 ③交通費 42,000 円 (課税+非課税) 年間見込収入合計 1,014,000 円 (①+②+③)		
現在の勤務状況	<input checked="" type="checkbox"/> 上記のとおり勤務 <input type="checkbox"/> 育児休業中 年 月 日 ~ 年 月 日(予定) <input type="checkbox"/> 産休中 年 月 日 ~ 年 月 日 <input type="checkbox"/> その他 (詳細)		
備考欄	下記理由にて年間収入見込額の記入不可 理由詳細 [] ※直近3ヵ月分の給与明細を添付してください		

事業所名 (株)フレッシュダスキン

所在地 ○○県○○市○○一〇

代表者名 代表取締役 島大作

電話番号 00-0000-0000

ご担当者名・連絡先TEL 板東優子(00-0000-0000)

記入等に関するお問い合わせ先 ダスキン健康保険組合 TEL 06-6821-5095