

年収の壁・支援強化パッケージ
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の添付資料

雇用契約等証明書

被扶養者 氏名

住所

生年月日 昭和・平成 年 月 日

健康保険被扶養者確認調査を受けるため、『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』に添付しますので下記事項について証明をお願いします。

記

1)雇用年月日 昭・平・令 年 月 日

2)雇用条件 ① 時間給額 円/時
② 1日の所定労働時間 時間 分
③ 1ヵ月の所定労働日数 日
④ 交通費 円/日 円/月
⑤ その他手当 円/日 円/月
⑥ 月収見込額 円/月
⑦ 賞与等見込額 円/年
⑧ 年収見込額 円/年
(年収見込額は12ヵ月間勤務したと仮定した額を記入して下さい。)

3)人手不足による労働時間延長等が行われた主な理由

以上

上記のとおり相違ないことを証明します。

令和 年 月 日

【事業所】

住 所

名 称

代表者 印

電話番号

担当者