

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

日ごろより、当健康保険組合の運営についてご協力いただきありがとうございます。

当健康保険組合の被扶養者の収入要件は月額108,334円未満(※1)と定めています。この月額を超過した場合は扶養から外すお手続きが必要ですが、当組合が特別な事情(人手不足による労働時間延長等)があると判断した場合は、継続して扶養家族と認めることもあります(認める場合、特に健保からの連絡はございません)。収入が1カ月でも108,334円以上の月がある場合(※2)は、下記をご記入のうえご提出ください。

※1 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、基準月額150,000円未満と定めています。

※2 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。

【提出先】

被保険者(従業員)が豊田自動織機にお勤めの方 : 工場総務(本社機能・出向者はWS給与部)

被保険者(従業員)が豊田自動織機以外にお勤めの方 : 各事業所健保窓口

任意継続被保険者 : 健康保険組合

【被保険者・被扶養者記載欄】

提出年月日	令和 年 月 日		
保険証 記号	保険証 番号		
被保険者氏名	対象者氏名 (被扶養者)		

【被扶養者を雇う事業主の記載欄 1】

被扶養者勤務先ご担当者様

健康保険組合の被扶養者加入資格調査における収入証明を使用目的として「本年分の給与支払(見込)証明書」の証明をお願いいたします。なお、証明いただいた内容につきましては、被扶養者資格認定及び調査以外では使用いたしません。記載内容の確認に当たり、別途雇用契約書等の添付書類を求められる場合があります。

※ボールペンでの記入をお願いします。消えるペン(フリクション等)の使用はお控えください。

令和 年 月 日

豊田自動織機健康保険組合 行

雇用契約等による対象者の月額収入

就業日数/月	<input type="checkbox"/> 日 <input type="checkbox"/> その他 ()	就業時間	<input type="checkbox"/> 時 分 ~ 時 分 うち休憩時間 (分) <input type="checkbox"/> その他 ()
賃 金	<input type="checkbox"/> 時給 <input type="checkbox"/> 日給 <input type="checkbox"/> 月給	円/H 円/日 円/月	<input type="checkbox"/> 手当等 (円) <input type="checkbox"/> その他 (円)
雇用契約等により本来想定される月間収入			円

※裏面も漏れなくご記入ください

給与支払(見込)証明書

雇用開始年月日	平成 / 令和	年	月	日
---------	---------	---	---	---

給与支払(見込)額 [通勤手当を含む]

*既にお支払い済みの給与については給与支払額、今後の給与については給与支払見込み額をご記入ください。

支払年月日	給与支払(見込)額		総支払額	本来想定される月間収入を一時的に超える月は理由を記載
	給与支払(見込)額	賞与支払(見込)額		
令和 年 1月	円	円	円	
2月	円	円	円	
3月	円	円	円	
4月	円	円	円	
5月	円	円	円	
6月	円	円	円	
7月	円	円	円	
8月	円	円	円	
9月	円	円	円	
10月	円	円	円	
11月	円	円	円	
12月	円	円	円	
合計	円	円	円	
備考				

上記のとおり証明します。

令和 年 月 日

事業所所在地: 〒 -

事業所名称:

事業所電話番号:

事業所代表者名:

