

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（被保険者の配偶者は除く）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				
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期間	令和	年	月	から
	令和	年	月	まで
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られる場合があります。

直近3か月の給与明細の平均が108,334円（19歳以上23歳未満の場合は125,000円、60歳以上又は収入の中に障害年金を含む場合は150,000円）を超えている場合

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（被保険者の配偶者は除く）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	キデン 知 近電 太郎
	被保険者等記号・番号	○ - ○○○○○○
被扶養者	(フリガナ) 氏 名	キデン ハコ 近電 花子
	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	〒 541 - ○○○○ 大阪市中央区○○○○	事業主の証明であることの証として、社印又は責任者印等の押印をお願いします。
事業所名称	株式会社○○○○	
事業主氏名	○○ ○○ 印	130万円（19歳以上23歳未満の方は150万円、60歳以上の方又は収入の中に障害年金を含む方は180万円）未満である必要があります。
電話番号	06-○○○○-△△△△	
雇用契約等により本来想定される年間収入	1,200,000円	
人手不足による労働時間延長等が行われた期間	令和 X 年 5月 から 令和 X 年 7月 まで	
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）	390,000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られる場合があります。

給与等支払証明書の「給与支払状況」に記載された期間のうち収入限度額を超過した期間が含まれている必要があります。

- ・ 扶養認定要件130万未満の方の収入限度額・・・108,334円/月
- ・ 扶養認定要件150万未満の方の収入限度額・・・125,000円/月
- ・ 扶養認定要件180万未満の方の収入限度額・・・150,000円/月

給与等支払証明書の「給与支払状況」に記載された支払額と一致しているか、又は矛盾がない必要があります。

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（被保険者の配偶者は除く）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	キデン タロ 近電 太郎
	被保険者等記号・番号	○ - ○○○○○○
被扶養者	(フリガナ) 氏 名	キデン ハコ 近電 花子
	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	〒 541 - ○○○○ 大阪市中央区○○○○	事業主の証明であることの証として、社印又は責任者印等の押印をお願いします。
事業所名称	株式会社○○○○	
事業主氏名	○○ ○○	130万円（19歳以上23歳未満の方は150万円、60歳以上の方又は収入の中に障害年金を含む方は180万円）未満である必要があります。
電話番号	06-○○○○-△△△△	
雇用契約等により本来想定される年間収入	1,200,000円	
人手不足による労働時間延長等が行われた期間	令和 X 年 10月 から 令和 X 年 12月 まで	
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）	450,000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られる場合があります。

給与等支払証明書の「給与支払状況」に記載された期間のうち収入限度額を超過した期間が含まれている必要があります。

- ・扶養認定要件130万円未満の方の収入限度額・・・108,334円/月
- ・扶養認定要件150万円未満の方の収入限度額・・・125,000円/月
- ・扶養認定要件180万円未満の方の収入限度額・・・150,000円/月

給与等支払証明書の「給与支払状況」に記載された支払額と一致しているか、又は矛盾がない必要があります。

記入例 3

前年度の収入が 130 万円（19 歳以上 23 歳未満の場合は 150 万円、60 歳以上又は収入の中に障害年金を含む場合は 180 万円）を超えている場合、かつ労働時間延長等が行われた月が連続していない場合

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（被保険者の配偶者は除く）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 〇 年 〇〇 月 〇〇 日
被保険者	(フリガナ) 氏 名	キデン タロ 近電 太郎
	被保険者等記号・番号	〇 - 〇〇〇〇〇〇
被扶養者	(フリガナ) 氏 名	キデン ハコ 近電 花子
	被保険者等記号・番号	〇 - 〇〇〇〇〇〇

※ 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	〒 541 - 〇〇〇〇 大阪府中央区〇〇〇〇	
事業所名称	株式会社〇〇〇〇	
事業主氏名	〇〇 〇〇	印
電話番号	06-〇〇〇〇-△△△△	
雇用契約等により本来想定される年間収入	1, 200, 000 円	
人手不足による労働時間延長等が行われた期間	令和 X 年 4 月 から 令和 X 年 7 月 まで	
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）	450, 000 円	

事業主の証明であることの証として、社印又は責任者印等の押印をお願いします。

130 万円（19 歳以上 23 歳未満の方は 150 万円、60 歳以上の方又は収入の中に障害年金を含む方は 180 万円）未満である必要があります。

給与等支払証明書の「給与支払状況」に記載された期間のうち収入限度額を超過した期間が含まれている必要があります。

- ・ 扶養認定要件 130 万未満の方の収入限度額・・・108,334 円/月
- ・ 扶養認定要件 150 万未満の方の収入限度額・・・125,000 円/月
- ・ 扶養認定要件 180 万未満の方の収入限度額・・・150,000 円/月

「から、まで」を線で消し対象月を記入。記入しきれない対象月がある場合は、欄外に対象月を追記。

付書類
す。

給与等支払証明書の「給与支払状況」に記載された支払額と一致しているか、又は矛盾がない必要があります。