豊田通商健康保険組合　宛

記入例

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[illegible]一時的なものであることを証明します。

※[illegible]とする者を含みます。

※[illegible]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、

資格情報に記載されている番号をご記入ください

				申請日	2024 年 4 月 1 日
被保険者欄	資格情報 記号	資格情報 番号	フリガナ	ケンポ　タロウ	電話番号	○○○－△△△－××××
	1234	5678	被保険者氏名	健保　太郎	生年月日	☐ 昭和 ☑ 平成 1 年 6 月 1 日
	（注）記号・番号は、①マイナポータル、②資格情報のお知らせ、③資格確認書　のいずれかでご確認ください。		フリガナ	ケンポ　ハナコ	生年月日	☐ 昭和 ☑ 平成 2 年 8 月 2 日
			被扶養者氏名	健保　花子		

※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

〒

勤務先にて記載

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、正しい内容と担当者の訂正印または氏名（サイン）をご記入ください

収入額（実績額）

※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、被保険者から被扶養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。

被保険者及び被保険者を雇う事業主の記載欄

豊田通商健康保険組合　御中

事業所にて記載

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、正しい内容と担当者の訂正印または氏名（サイン）をご記入ください

氏名

※5　本申請書及び、対象者の雇用契約書の添付と共にご申請ください。

◆申請ルート◆　申請者→事業所→健保組合

※本申請書は事業所経由でのお手続きとなりますので、お間違いないようにお願いします。

2024年12月改