

認定対象者の勤務先に記入・証明してもらってください。

ご担当者 各位

御社従業員様の「健康保険被扶養者の申請」にあ
証明をお願いいたします。

証明書発行日を記入してください。

(証明書は雇用開始日もしくは契約変更日以降に証明してください。)

T023

東芝健康保険組合 宛

R 4 年 1 0 月 3 日

雇用内容証明書

所在地 東京都港区芝浦 1 - 1 - 1

会社名 ○△有限会社

代表者 浜松 町太郎
氏 名

電話番号 03-1234-5678

社印

下記雇用内容について証明いたします。

記

〔証明内容〕

※該当する口に☑を入れてください。

1. 氏名	東芝 花子		同じ勤務先で雇用継続中に契約内容が変更になったことにより扶養申請する場合、契約変更日を記入してください。
2. 雇用契約日	雇用開始日 : R 4 年 1 0 月 1 日 ※雇用継続中に契約内容を変更した場合、契約変更日も記入してください。 契約変更日 : 年 月 日		
パート・アルバイト等でも通常勤務者の4分の3以上勤務している場合や短時間労働者でも勤務先の健康保険制度に加入となる場合は、その勤務先の被保険者とするのが原則のため、金額にかかわらず被扶養者にはなりません。	労働時間	1 日 5 時間 1 週間 1 5 時間	
	労働日数	1 カ月 1 4 日勤務 ☒ 対象者は正規従業員の4分の3未満の勤務内容、かつ、短時間労働者としても勤務先の健康保険制度に加入できない者である(注)	
3. 雇用内容	給与・賞与等 ※複数該当する場合、全てに☑を入れてください。	☒ 時 給 (1, 1 0 0 円/時間) ☐ 日 給 (円/日) ☐ 月 給 (円/月) ☒ 賞 与 (年 2 回) ・ (各 60, 0 0 0 円) ☒ 通勤手当 (約 8, 0 0 0 円/月) ☐ その他手当 (円/月)	
4. 収入見込額 (月額および年間)	1 カ月当たり (通勤手当、その他手当、各種手当を含んだ見込額) 8 5, 0 0 0 円/月	年間見込 (雇用内容にかかわらず1年間(12カ月)に賞与額を含めた見込額) 1, 1 4 0, 0 0 0 円/年	
5. 健康保険	☐ 加入有 ☒ 加入無		

6. 仕事内容

7. その他特

(注) チェック

本紙内の記載を元に、今後1年間の収入を算出し、判断します。

【例:時給制の場合】

{(労働時間×労働日数×時給)+月手当すべて}×12+賞与年額

算出した1年間の収入が130万円(60歳以上または概ね厚生年金保険法による障害年金を受けられる程度の障害者の場合は180万円)を超える場合は被扶養者にはなりません。

雇用開始日や契約期間にかかわらず、1年間(12カ月)で年間収入を算出し、判断します。

年間収入(給与以外も含む)が同居の場合は被保険者の年間収入の1/2未満、別居の場合は被保険者からの送金額の方が多くなければ扶養認定はできません。

※「3.雇用内容」に基づいて、「4.収入見込額」が算出できない場合には、「7.その他特記事項」に根拠を記載してください。