

【被保険者記入欄】

私はコムシスホールディングス健康保険組合へ扶養申請にあたり、以下の認定条件を確認しました。

【扶養認定条件】

60歳未満：1ヶ月：108,333円（年間130万円未満）の収入を超えないこと  
60歳以上：1ヶ月：150,000円（年間180万円未満）の収入を超えないこと

年 月 日

記号 - 番号 -

被保険者氏名（社員本人）署名

申請対象者氏名（申請する家族）

【勤務先記入欄】

収入見込額証明書

事業主様へ

健康保険の扶養者申請にあたり、下記の証明をお願いいたします。

※『収入見込額証明書』は、当健保に扶養認定申請があった方について、確認をさせていただくために提出をお願いしております。認定以外の目的で使用することはありません。

貴社従業員様氏名				
雇用開始年月日	平成 令和 年 月 日	社会保険適用の状況 (入社時)	適用 ・ 雇用保険のみ ・ 無	
雇用変更年月日 (変更があった場合)	平成 令和 年 月 日	社会保険適用の状況 (変更後)	適用 ・ 雇用保険のみ ・ 無	
就業の場所	(事業所名)			
	(所在地)			
業務の内容				
雇用形態	パート ・ アルバイト ・ 派遣社員 ・ 正社員 ・ その他 ( )			
賃金体系	時間給： 円 ・ 日給： 円 ・ 月給： 円			
1日の勤務時間	時間 分			
月平均稼働日数	日			
年間収入見込額 ※記入する月から1年間の 収入見込額を記入して ください(税込金額)	① 給料		円	
	② 諸手当		円	
	③ 通勤手当	なし ・ あり		円
	④ 諸手当	なし ・ あり		円
	⑤ 賞与(一時金)	なし ・ あり		円
	①+②+③+④+⑤	年間収入見込額合計		円
現在の勤務状況	<input type="checkbox"/> 上記のとおり勤務			
	<input type="checkbox"/> 育児休業中	H・R 年 月 日 ~ H・R 年 月 日		
	<input type="checkbox"/> 産休中	H・R 年 月 日 ~ H・R 年 月 日		
	<input type="checkbox"/> その他(詳細)	( )		
備考欄				

(証明日) 年 月 日

貴社事業所

所在地

代表者名

電話番号

〔ご担当者名  
ご連絡先TEL〕



※ 社印(角印)の押印を  
お願いします