

【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
健保 良男

申請対象者氏名（申請する家族）
健保 花子

【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。

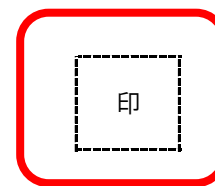
※『収入見込額証明書』は、当健保に扶養認定申請があった方について、確認をさせていただくために提出をお願いしております。認定以外の目的で使用することはありません。

貴社従業員様氏名	健保 花子		
雇用開始年月日	平成 30年4月1日 令和	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 4年4月1日 令和	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) CHDスーパー 〇〇店 (所在地) 〇〇県〇〇市〇〇町1-2-3		
業務の内容	サービスカウンター		
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: 1,100円 ・ 日給: 円 ・ 月給: 円		
1日の勤務時間	6時間 00分		
月平均稼働日数	15日		
年間収入見込額 ※記入する月から2年間の 収入見込額を記入して ください(税込金額)	① 給料		1,188,000円
	② 通勤手当	なし ・ あり	54,000円
	③ 諸手当	なし ・ あり	0円
	④ 賞与(一時金)	なし ・ あり	20,000円
	①+②+③+④+⑤	年間収入見込額合計	
現在の勤務状況	<input checked="" 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) 令和 4年4月3日

貴社事業所 CHDスーパー
所在地 東京都〇〇区〇〇4-5-6
代表者名 〇〇 〇〇
電話番号 03-1234-5678

〔ご担当者名 〇〇〇 〇〇〇
ご連絡先TEL 03-1234-5678〕



※ 社印(角印)の押印をお願いします