

この「申立書」は被扶養者特別認定申請において添付の必要がある「給与支払見込証明書」の発行が勤務先の都合により困難な場合、「給与支払見込証明書」の代用として提出していただく書類です。

公立 花子 の給与支払見込証明について勤務先の事業所に発行を依頼しましたが、下記の理由により発行されなかったため、自身で算出した見込額を提出します。

認定を受けようとする方(家族)の氏名を記入してください。

記

勤務先及び勤務形態を記入してください。

1. 勤務先 (業種等)

〇〇スーパー 〇〇店 (アルバイト勤務)

勤務先での発行が困難である理由を具体的に記入してください。

2. 発行不可能である理由

勤務時間や勤務日数が不規則な勤務形態であり、見込みが立たないため

3. 見込額及び算出方法

見込額の算出根拠について、具体的に記入してください。

時給：900円
勤務時間：1日4時間、週2～3日
ただし、大学のテスト期間中は勤務しない予定

対象月	給与支払総額 (非課税分含む)	備 考
令和〇年 〇月	36,000 円	支給済みのため「給与明細の写し」を添付
令和〇年 〇月	43,200 円	
令和〇年 〇月	43,200 円	
令和〇年 〇月	18,000 円	
令和〇年 〇月	43,200 円	
令和〇年 〇月	14,400 円	
令和〇年 〇月	14,400 円	勤務先で社会保険(健康保険)に加入しているかどうかを記入してください。
令和〇年 〇月	43,200 円	
令和〇年 〇月	43,200 円	
合 計	428,400 円	

(注)支給済みの給与については給与明細の写しを添付してください。

勤務先での健康保険加入の有無 有 ・ 無

上記の内容に相違ありません

令和〇年 〇月 〇日

組合員及び認定を受けようとする方の署名をお願いします。

組合員氏名 公立 太郎

被扶養者氏名 公立 花子