

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、人手不足による労働時間延長等に伴う一時的なものであることを証明します。

※1 新たに被扶養者としての認定を受けようとする者を含みます。

※2 60 歳以上の者又は概ね厚生年金保険法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、180 万円未満となります。

【組合員・被扶養者記載欄】

提出年月日 ^{※3}		令和	年	月	日
組合員	(フリガナ) 氏 名				
	組合員等記号・番号				
被扶養者	(フリガナ) 氏 名				

※3 組合員の所属所や共済組合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】

事業所所在地	〒 ー				
事業所名称					
事業主氏名					印
電話番号					
雇用契約により本来想定される年間収入					円
人手不足による労働時間延長等が行われた期間	令和	年	月	から	
	令和	年	月	まで	
上記期間における当事業所での労働による収入額（実績額）					円

※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、組合員から組合員の所属所や共済組合に提出する書類となります。

※5 記載内容の確認に当たって、別途雇用契約書等の添付書類を求められる場合があります。

記入例

別紙様式

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、人手不足による労働時間延長等に伴う一時的なものであることを証明します。

※1 新たに被扶養者としての認定を受けようとする者を含みます。

※2 60 歳以上の者又は概ね厚生年金保険法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、180 万円未満となります。

【組合員・被扶養者記載欄】

提出年月日 ^{※3}		令和 6 年 9 月 15 日
組合員	(フリガナ) 氏 名	ミヤギ タロウ 宮城 太郎
	組合員等記号・番号	公立宮城 1234567890
被扶養者	(フリガナ) 氏 名	ミヤギ ハナコ 宮城 花子

※3 組合員の所属所や共済組合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】

事業所所在地	〒 123 - 4567 宮城県〇〇市〇〇1 - 2	事業主の証明であることの証として 社印又は責任者印の押印をすること。 押印必須です。
事業所名称	株式会社△△△	
事業主氏名	公立 青葉	年額 130 万円（障害を支給事由とする公 的年金等を受けている方、又は 60 歳以上 の方は年額 180 万円）未満であること。
電話番号	022 - ××× - ××××	
雇用契約により本来想定される年間収入		1, 200, 000 円
人手不足による労働時間延長等が行われた期間		令和 5 年 12 月 から 令和 6 年 2 月 まで
上記期間における当事業所での 労働による収入額（実績額）		450, 000 円

「様式 4 給与支払証明書」に記載された期間のうち収入限度額を超過した期間が含まれていること。

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

共済組合に
約書等の

「様式 4 給与支払証明書」に記載された支払額と一致しているか、又は矛盾がないこと。