

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 5 年 12 月 1 日
組合員	(フリガナ) 氏 名	コウツ 知 公立 太郎
	組合員等記号・番号	公立東京・01234567
被扶養者	(フリガナ) 氏 名	コウツ ハコ 公立 花子
	組合員等記号・番号	公立東京・01234567

※3 組合員の所属所や地方公務員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 東京都新宿区西新宿2-8-1	事業主の証明であることの証として、社印又は責任者印等の押印をお願いします。
事業所名称	株式会社〇〇	
事業主氏名	共済 太郎 印	130万円（60歳以上の方、収入の中に障害年金を含む方又は障害年金受給程度の障害を有する方は、180万円）未満であることが必要です。
電話番号	03-〇〇〇〇-△△△△	
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 9 月 から 令和 5 年 11 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	

※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。

給与等支払証明書の「給与支払状況」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必要があります。

給与等支払証明書の「給与支払状況」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が必要です。

<記入例1:具体例③においてR5.12.1に提出>

[用紙No.扶養7]

給与等支払証明書

下記のとおり雇用していることを証明する。

令和 5 年 11 月 25 日

事業所名 株式会社〇〇

代表者名 代表取締役社長
共済 太郎

代表者
印

印

記

被雇用者氏名

公立 花子

採用年月日

令和 4 年 11 月 1 日

採用期限日

年 月 日 (期限付採用のときは、必ず記入してください。)

退職年月日

年 月 日

健康保険の加入

加入している 加入していない

給料

月額 100,000 円

日額 円 (1か月の契約労働日数 日)

時給 円 (1日の契約労働時間数 時間)

給与支払状況 (過去の支払状況) ー通勤費、諸手当を含むー

支払年月日	総支払額 円	支払年月日	総支払額 円	支払年月日	総支払額 円
R4. 12. 25	¥100,000	R5. 9. 25	¥150,000		
R5. 1. 25	¥100,000	R5. 10. 25	¥150,000		
R5. 2. 25	¥100,000	R5. 11. 25	¥150,000		
R5. 3. 25	¥100,000				
R5. 4. 25	¥100,000				
R5. 5. 25	¥100,000				
R5. 6. 25	¥100,000				
R5. 7. 25	¥100,000				
R5. 8. 25	¥100,000				

9月から11月の月の給与収入が150,000円
⇒月額収入限度額(108,334円)を3か月連続で
超過しています。

この金額が、事業主証明書の「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)」と一致しているか、又
は矛盾がないことが必要です。

この期間が、事業主証明書の「人手不足による労働時間延長
等が行われた期間」に含まれていることが必要です。

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 7 年 7 月 1 日
組合員	(フリガナ) 氏 名	コウツ 知 公立 太郎
	組合員等記号・番号	公立東京・01234567
被扶養者	(フリガナ) 氏 名	コウツ ハコ 公立 花子
	組合員等記号・番号	公立東京・01234567

※3 組合員の所属所や地方公務員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 東京都新宿区西新宿2-8-1	事業主の証明であることの証として、社印又は責任者印等の押印をお願いします。
事業所名称	株式会社〇〇	
事業主氏名	共済 太郎 印	130万円（60歳以上の方、収入の中に障害年金を含む方又は障害年金受給程度の障害を有する方は、180万円）未満であることが必要です。
電話番号	03-〇〇〇〇-△△△△	
雇用契約により本来想定される年間収入	1,200,000円	給与等支払証明書の「給与支払状況」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が必要です。
人手不足による労働時間延長等が行われた期間	令和 6 年 11 月 から 令和 6 年 11 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）	300,000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。

給与等支払証明書の「給与支払状況」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が必要です。

給与等支払証明書の「給与支払状況」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が必要です。

給与等支払証明書

下記のとおり雇用していることを証明する。

令和 7 年 6 月 25 日

事業所名 株式会社〇〇

代表者名 代表取締役社長
共済 太郎

代表者
印

印

記

被雇用者氏名

公立花子

採用年月日

令和 4 年 11 月 1 日

採用期限日

年 月 日 (期限付採用のときは、必ず記入してください。)

退職年月日

年 月 日

健康保険の加入

加入している 加入していない

給料

月額 100,000 円

日額 円 (1か月の契約労働日数 日)

時給 円 (1日の契約労働時間数 時間)

給与支払状況 (過去の支払状況) ー通勤費、諸手当を含むー

支払年月日	総支払額 円	支払年月日	総支払額 円	支払年月日	総支払額 円
R6. 7. 25	¥100,000	R7. 4. 25	¥100,000		
R6. 8. 25	¥100,000	R7. 5. 25	¥100,000		
R6. 9. 25	¥100,000	R7. 6. 25	¥100,000		
R6. 10. 25	¥100,000				
R6. 11. 25	¥300,000				
R6. 12. 25	¥100,000				
R7. 1. 25	¥100,000				
R7. 2. 25	¥100,000				
R7. 3. 25	¥100,000				

令和6年7月から、令和7年6月の年間給与収入が140万円
⇒年額収入限度額(130万円)を超過しています。

この金額が、事業主証明書の「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)」と一致しているか、又は矛盾がないことが必要です。

この期間が、事業主証明書の「人手不足による労働時間延長等が行われた期間」に含まれていることが必要です。