

## 給与等支払(見込み)金額 証明書

令和 年 月 日

医療法人仁寿会 職員

氏名 \_\_\_\_\_

私（上記当法人職員）の健康保険被扶養者確認書類として必要なため、

被扶養者 \_\_\_\_\_ の給与等支払額の証明をお願いいたします。

被扶養者になる時：証明日から1年間の年収（見込）額の記入をお願いします

被扶養者要件確認時：基本的には本年1月~12月の年収（見込）額とし、本年1月時点での勤務実績がない場合は、証明日から1年間勤務した場合の年収見込額の記入をお願いします

### 記

令和 年 月 ~ 令和 年 月 の間の

給与及び賞与見込み額 \_\_\_\_\_ 円

(うち、非課税通勤手当 \_\_\_\_\_ 円)

上記の通り相違ない事を証明する。

令和 年 月 日

事業所名 \_\_\_\_\_

証明者 \_\_\_\_\_

