

給与等支払(見込み)金額 証明書

記入例

令和 ○年 ○月 ○日

医療法人仁寿会 職員

氏名 職員本人の氏名

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 職員の配偶者・お子さんの氏名 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 ○○株式会社

証明者 (役職・部署) (ご氏名) ④