

給与内訳申告書

(被保険者⇒会社の健保事務担当者)

提出日:令和 年 月 日

扶養認定にあたり認定対象者の収入(予定)について下記の通り申告致します。

被保険者	保険証 記号・番号		被保険者 氏名	Ⓔ
	生年月日	昭和・平成 年 月 日	年齢:	歳 男・女

認定対象者(給与内訳申告書による給与証明対象者)について

認定対象者	氏名			
	生年月日	昭和・平成 年 月 日	年齢:	歳 男・女
	現在の収入 になった年月	令和 年 月	理由	入社・労働条件変更

以下は、給与の支払を受ける会社に証明をしてもらって下さい。

月給の場合はNo7～9だけで構いません。

パート・アルバイトにより、時給・日給・週給の場合は原則、No1～9すべて記入をお願いします。

内容が同様のものであれば、御社の様式で出力した用紙の添付で構いません。

● 認定対象者(給与内訳申告書による給与証明対象者)に関する現在の給与等は次の通りです。

No	内 容		備 考
1	時 間 給	円	
2	勤 務 曜 日	月 火 水 木 金 土 日 不定	曜日によらない場合は不定に○
3	一日あたりの労働時間	時間 分	残業等含め平均見込み(休憩時間除く実働)
4	一週間あたりの労働時間	時間 分	残業等含め平均見込み(休憩時間除く実働)
5	一ヶ月あたりの勤務日数	日	平均
6	交通費(1ヶ月あたり)	円	見込みの額
7	月収(交通費込み)	円	見込みの額
8	賞 与	あり ・ なし	賞与支払予定の有無(賞与額 円)
9	社会保険加入の有無	加入 ・ 加入なし	健康保険・厚生年金保険加入の有無

上記の通り、相違がないことを証明します。

令和 年 月 日

住所

会社名

代表者名

(又は、本件事務取扱い責任者)

印