

この証明書は被扶養者の認定手続きに必要な書類です。
(1)については、現在の雇用等の条件を記入いただき、(2)については、今後の支払い見込みを記入ください。

(記入例) 支払見込証明書

氏名 共済 系織 (S・H)・R 46年 9月 30日生)

(1) 雇用等条件

①雇用等期間 S (H)・R 31年 4月 15日～H・R _____年 _____月 _____日

②健康保険の加入 なし あり (加入日S・H・R _____年 _____月 _____日)

健康保険加入の予定 なし あり (加入日 H (R) 1年 10月 1日)

③給与等形態 時給 日給 月給 その他 () 900円

扶養手当または扶養手当に相当する手当の支払 なし あり

④勤務等日数・時間 1日 6時間/週 4日勤務

⑤給与等の支払方法 毎月 末日締め/ (翌) 当月 25日払い

⑥補足事項など _____

(2) 給与等支払見込み

注)採用以降又は証明を依頼しました期間について、給与等支払実績・支払見込み(税金等控除前の総額で、交通費等の諸手当も含む)を記入ください。
賞与等の支払いも見込まれる場合は、支払予定年月と支払見込み総額を記入ください。
勤務日数などを考慮いただき、実績に近い金額としてください。

支払予定年月	支払見込総額	支払予定年月	支払見込総額
令和 1年 9月	25,900円	令和 2年 3月	90,650円
令和 1年 10月	86,300円	令和 2年 4月	86,300円
令和 1年 11月	80,150円	令和 2年 5月	74,900円
令和 1年 12月	86,300円	令和 2年 6月	99,100円
令和 2年 1月	80,150円	令和 2年 7月	108,200円
令和 2年 2月	100,750円	令和 2年 8月	62,400円
年 月払賞与等	0円	年 月払賞与等	0円
年 月払賞与等	0円	年 月払賞与等	0円

現在の雇用状況、今後の給与等の支払い見込みを上記のとおり証明します。

(3) 今後1年間の支払総額が130万円を超えないことを被雇用者と契約しました。 はい いいえ

令和 1年 8月 30日

(証明者) 住所 岡山市北区津島〇ー〇

給与等支払者 ××調剤薬局

電話 086-〇〇〇〇-〇〇〇〇

社印

印

この証明書は被扶養者の認定手続きに必要な書類です。
(1)については、現在の雇用等の条件を記入いただき、(2)については、今後の支払い見込みを記入ください。

支払見込証明書

氏名 _____ (S・H _____ 年 _____ 月 _____ 日生)

(1) 雇用等条件

①雇用等期間 S・H・R _____ 年 _____ 月 _____ 日～H・R _____ 年 _____ 月 _____ 日

②健康保険の加入 なし あり (加入日 S・H・R _____ 年 _____ 月 _____ 日)

健康保険加入の予定 なし あり (加入日 H・R _____ 年 _____ 月 _____ 日)

③給与等形態 時給 日給 月給 その他 (_____) _____ 円

扶養手当または扶養手当に相当する手当の支払 なし あり

④勤務等日数・時間 1日 _____ 時間/週 _____ 日勤務

⑤給与等の支払方法 毎月 _____ 日締め/翌・当月 _____ 日払い

⑥補足事項など _____

(2) 給与等支払見込み

注)採用以降又は証明を依頼しました期間について、給与等支払実績・支払見込み(税金等控除前の総額で、交通費等の諸手当も含む)を記入ください。
賞与等の支払いも見込まれる場合は、支払予定年月と支払見込み総額を記入ください。
勤務日数などを考慮いただき、実績に近い金額としてください。

支払予定年月	支払見込総額	支払予定年月	支払見込総額
令和 _____ 年 _____ 月	_____ 円	令和 _____ 年 _____ 月	_____ 円
令和 _____ 年 _____ 月	_____ 円	令和 _____ 年 _____ 月	_____ 円
令和 _____ 年 _____ 月	_____ 円	令和 _____ 年 _____ 月	_____ 円
令和 _____ 年 _____ 月	_____ 円	令和 _____ 年 _____ 月	_____ 円
令和 _____ 年 _____ 月	_____ 円	令和 _____ 年 _____ 月	_____ 円
_____ 年 _____ 月 払賞与等	_____ 円	_____ 年 _____ 月 払賞与等	_____ 円
_____ 年 _____ 月 払賞与等	_____ 円	_____ 年 _____ 月 払賞与等	_____ 円

現在の雇用状況、今後の給与等の支払い見込みを上記のとおり証明します。

(3) 今後1年間の支払総額が130万円を超えないことを被雇用者と契約しました。 はい いいえ

令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

(証明者) 住所

給与等支払者

印

電話