

健康保険組合の被扶養者の年間収入を証明するため「収入見込証明書」の記入をお願いいたします。
給与総支払額につきましては、課税・非課税を問わず、税金や保険料等が控除される前の金額をご記入ください。
なお、証明いただいた内容につきましては被扶養者資格確認以外では使用いたしません。
※ボールペンでのご記入をお願いします。消えるペン（フリクション等）の使用はお控えください。
※健康保険加入の有無は将来の予定についても記入ください。

収入見込証明書

被雇用者氏名	
--------	--

雇用形態	常勤・非常勤・パート・アルバイト・その他（ ）		
雇用開始日及び雇用形態変更日	年 月 日		
給料形態	月給・日給（ ）円）・時給（ ）円）		
勤務日	日/ 月・週	勤務時間	時間/日
通勤手当	なし ・ あり （支払額 ）円 /日・月）		
賞与（一時金）の有無	なし ・ あり （支払額 ）円 × 年 回）		
健康保険加入状況/予定	なし・あり（ 年 月 日から）	雇用保険加入	なし・あり

※1年の給与と賞与（一時金）の実績と見込分を記入してください。

上記のとおり相違ないことを証明いたします。

年 月 日

印