

勤務先ご担当者様

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。

住友理工健康保険組合 理事長 殿

収入見込証明

2024 年 月 日

被雇用者氏名			
※被雇用者の雇用状況を記入ください。			
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
給与形態	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

※2024年10月から51人以上規模に適用拡大されます。予定も記入ください。
給与支払額 ※支払額は交通費等の各種手当を含む総支給額を記入してください。
※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。

支払年月	給与総支給額<実績+見込>	賞与（一時金）支給額 <実績+見込>	総支給額 <実績+見込>
2024 年 1 月	円	円	円
2024 年 2 月	円	円	円
2024 年 3 月	円	円	円
2024 年 4 月	円	円	円
2024 年 5 月	円	円	円
2024 年 6 月	円	円	円
2024 年 7 月	円	円	円
2024 年 8 月	円	円	円
2024 年 9 月	円	円	円
2024 年 10 月	円	円	円
2024 年 11 月	円	円	円
2024 年 12 月	円	円	円
合 計	円	円	円
備 考			

上記のとおり相違ないことを証明いたします。 年 月 日

雇用者 事業所所在地
事業所名
代表者名 印