

給与収入がある被扶養認定対象者の方の勤務先にて証明を受けてください。
この用紙を勤務先に提出して証明を受けてください。

勤務先ご担当者様 健康保険組合の被扶養者認定における収入証明を使用目的として「2024年分の給与支払(見込)証明書」の証明にご協力くださいますようお願いいたします。なお、証明いただいた内容につきましては今回の被扶養者認定業務以外では使用いたしません。
※ボールペンでの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。

FUJI健康保険組合 行

給与支払(見込)証明書

被雇用者(従業員)氏名	住所	
	氏名	

雇用開始年月日	年 月 日	退職年月日	年 月 日
給料形態	月給(_____ 円)・日給(_____ 円)・時給(_____ 円)		
勤務日数	日/週	労働時間 (休憩時間を除く)	時間/日
健康保険加入	なし・あり・予定(加入日: _____ 年 月 日)		
雇用保険加入	なし・あり(加入日: _____ 年 月 日)		

給与支払(見込)額 ※支払いがない場合は、0円と記入してください。

支払年月	給与支払額(実績/見込)	交通費	賞与等支払額	総支払額
2024年1月	円	円	円	円
2024年2月	円	円	円	円
2024年3月	円	円	円	円
2024年4月	円	円	円	円
2024年5月	円	円	円	円
2024年6月	円	円	円	円
2024年7月	円	円	円	円
2024年8月	円	円	円	円
2024年9月	円	円	円	円
2024年10月	円	円	円	円
2024年11月	円	円	円	円
2024年12月	円	円	円	円
合計	円	円	円	円
備考				

上記のとおり証明します。

年 月 日

事業所住所:

事業所名称:

事業所代表者名:



お問い合わせ先

FUJI健康保険組合 TEL (0566) 82-9851