

## 被扶養者の収入確認に当たっての「一時的な収入変動」に係る事業主の証明書

当事業所において雇用されている  
れる年間収入が被扶養者の収入要件  
た期間に係る収入増については、人  
ことを証明します。

被保険者・被扶養者の方が記入して下さい。

フリーランスや自営業者等の特定の事業主と雇用関係にない場合は対象外です。

## 【被保険者・被扶養者 記載欄】

提出年月日※3		令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日
被保険者	記号・番号	〇〇〇〇—△△△△
	(フリガナ) 氏 名	ケンポ タロウ 健保 太郎
被扶養者	(フリガナ) 氏 名	ケンポ ハナコ 健保 花子

## 【被扶養者を雇う事業主 記載欄】

事業所所在地	〒 -
事業所名称	被扶養者を雇う事業主に記載いただく欄です。
事業主氏名	
担当者氏名	
電話番号※4	
雇用契約等により本来想定される年間収入	
人手不足による労働時間延長等が行われた期間	令和 年 月 から 令和 年 月 まで
上記期間における当事業所での 労働による収入額(実績額)	円
証 明 日	令和 年 月 日

記載内容の確認のため、雇用契約書等の写しを添付してください。

本証明書は、被扶養者認定及び被扶養者の資格確認において対象者の収入を確認する際の添付書類として、被保険者から被保険者の事業所や三越伊勢丹健康保険組合に提出する書類となります。

- ※1 新たに被扶養者としての認定を受けようとする者を含みます。  
 ※2 60歳以上の者又は概ね厚生年金保険法による障害厚生年金の受給要件に該当する程度の障害者については、180万円未満となります。  
 ※3 被保険者の事業所や三越伊勢丹健康保険組合に提出する日をご記入ください。  
 ※4 三越伊勢丹健康保険組合から、被扶養者の事業所担当者へ直接お電話させていただく場合がございます。