

# 雇用証明書

勤務先記入欄 (全ての項目についてご記入ください)

《氏名》 \_\_\_\_\_ は現在、《事業所名》 \_\_\_\_\_ に勤務しており、勤務内容は以下のとおりです。

通常勤務状況で臨時含まず

就職日	平成 令和	年	月	日入社	雇用条件変更日	令和	年	月	日
就労場所	TEL _____ - _____								
仕事の内容									
雇用形態	正社員 ・ パートタイマー ・ アルバイト ・ その他 ( _____ )								
社会保険の加入	健康保険 ・ 厚生年金 ・ 雇用保険								
時間給	円	勤務時間			:	~	:		
1日の労働時間	時間	分	1ヶ月の稼働日数			日位			
1日当りの収入	円/時間 ×		時間	=	円/日				
1ヶ月当りの収入	①	円/日 ×		日	=	円/月			
その他の手当	②	非課税通勤費:		円/月	④	その他:内容 ( _____ )		円/月	
*非課税手当も必ず記入	③	課税通勤費:		円/月	⑤	賞与:有 ・ 無 (年間		円位)	
新型コロナ 対応確認	<input type="checkbox"/> 対象者は新型コロナ対応により一時的に収入が増えました。(昇給や恒久的な勤務時間の増加を伴いません)								
	<input type="checkbox"/> 対象者は医療職であり、新型コロナワクチン接種業務に従事しています。								
年収推定額	(①+②+③+④)×12+⑤				円/年				
最近6ヶ月間 勤務状況 (稼働日数及び 総支給額)	月分	日	円	月分	日	円	月分	日	円
	月分	日	円	月分	日	円	月分	日	円
	月分	日	円	月分	日	円	月分	日	円
備考									
上記のとおり相違ないことを証明します。						令和	年	月	日
ヤマハ健康保険組合理事長 殿			所在地						
			事業所名			印			

## <注意事項>

- ・ 年収推定額※1は、「賞与」や「その他の手当(非課税手当含む)」の項目も含めた総支給額をご記入ください。
- ・ 事業所印は、原則として公印を押印。個人経営などで公印の無い場合には、余白部分に公印が無い理由と共に、必要事項を記入、フルネームの前に「代表者」または「肩書き」を追記の上、捺印願います。

## 被保険者記入欄

I. 年収額、月収額を記載ください <b>年収推定額は</b> _____ <b>円です</b> 年間収入基準: 130万円未満 (60歳以上および障害年金受給者は180万円未満) <b>最近6カ月の勤務状況の月平均は</b> _____ <b>円です</b> 月額収入基準: 108,334円未満(130万円÷12か月) (60歳以上および障害年金受給者は15万円未満)	II. 該当するいずれかに☑をつけ、以下の内容をご確認ください <input type="checkbox"/> 収入が基準以内の方 … Ⅲを記載ください <input type="checkbox"/> 新型コロナ対応確認欄にレ点をつけた方 ・ Ⅲを記載ください <input type="checkbox"/> 収入が基準を超過する方 ・ 原則扶養から外れていただきます 但し、今後の就労により「年間収入基準額」内に抑える場合には、裏面の「誓約書」も記載ください ・ Ⅲを記載ください
III. 証明の内容を確認いただいたうえ、ご署名ください <b>記号</b> _____ <b>番号</b> _____ <b>被保険者氏名</b> _____ _____ <b>続柄</b> _____ <b>調査対象者氏名</b> _____	

# 誓約書

被保険者記入欄

ヤマハ健康保険組合理事長 殿

続柄 \_\_\_\_\_ 氏名 \_\_\_\_\_ は

賞与および非課税通勤費等を含めた勤務先から支払われた総支給額とその他の収入が

**年間の収入基準130万円未満（60歳以上および障害年金受給者は180万円未満）を**

上回らないように就労する予定であり、この収入基準を上回る場合には、速やかに

被扶養者の除外手続きをすることを誓約します。

また、万一私がその手続きを行わず、（健康保険組合が）その事実を確認した場合には

健康保険組合の権限で、当該被扶養者の資格を除外されても異議ありません。

また、それにより除外された場合には、除外日以降に受けた保険給付等は全額返還いたします。

以上

令和 年 月 日

保険証記号

番号

被保険者氏名