

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下記被扶養者※¹については、雇用契約等により本来想定される年間収入が被扶養者の収入要件である 130 万円未満※²です。この事業主記載欄に記載された期間に係る収入増については、人手不足による労働時間延長等に伴う一時的なものであることを証明します。

※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。

【被保険者・被扶養者記載欄】

提出年月日※ ³		令和 7 年 1 月 15 日
被保険者	(フリガナ) 氏 名	ケンポ タロウ 健保 太郎
	被保険者記号・番号	記号 9999 番号 1234567
被扶養者	(フリガナ) 氏 名	ケンポ ハナコ 健保 花子
年間収入が基準額を超過した年月※ ⁴		令和 6 年 11 月

事業主に証明いただいでください。

る際に記載してください。

を超過し

130 万円（60 歳以上の方、収入に障害厚生年金を含む方は、180 万円）未満であることが必要です。

【被扶養者を雇う事業主の記載欄】

事業所所在地	〒 100-1111 東京都千代田区〇〇3-1		
事業所名称	健康株式会社		
事業主氏名	健康 太郎		
電話番号（連絡先）※ ⁵	03-1111-2222	ご担当者名※ ⁵	保健 康子
雇用契約等により本来想定される年間収入	1,200,000 円		
人手不足により	令和 6 年 10 月 から 令和 6 年 12 月 まで		
上記期間 労働に	750,000 円		

1ヶ月あたりの収入が10万円の場合。
10万円×12か月=1,200,000円

令和6年10月～令和6年12月の各月
収入(実績)が25万円の場合、
25万円×3か月=750,000円

※5 ご記載いただいた内容について別途お問い合わせをさせていただくことがございます。