

記入例

年間収入見込額証明書

ミツバ健康保険組合 様

下記のとおり、給与(賃金)を支払った又は支払う予定であることを証明いたします。

平成〇年〇月〇日

事業所所在地 桐生市広沢町1-2999
 事業所名称 株式会社 ○○
 事業主氏名 取締役社長 ○○
 記入者氏名 総務部 ○○
 電話番号 XXXX-XX-XXXX



事業主の印もお忘れなく
 お願いします 法人の

氏名	ミツバ 花子	生年月日	昭和・平成 ○年 ○月 ○日
住所	桐生市○○町○○番地		
雇用期間	平成20年4月1日 ~ 平成 年 月 日	1週間の労働時間	25 時間
給与	・時間給 800円 ・日当 円 ・その他(交通費 2000円)		

証明される方の名前、住所、生年月日、雇用期間、1週間の労働時間
 給与情報を記入してください

常時雇用者	1週間の所定労働時間	40 時間	1ヶ月の所定労働日数	21 日
-------	------------	-------	------------	------

他の同じような仕事をしている方、証明を依頼している方ではありません。一般の正規社員とくらべ、本人が社会保険に入る条件で働いていないかを確認いたします。
 正規社員の1日の所定労働時間と1ヶ月の平均所定労働日数を記入してください。

支払年月	区分	出勤日数	労働時間	支払(予定)金額 <諸手当を含む>
平成29年1月	実績・予定	21日	105時間	86,000円
平成29年2月	実績・予定	20日	100時間	82,000円
平成29年3月	実績・予定	20日	100時間	82,000円
平成29年4月	予定	20日	100時間	82,000円
平成29年5月	予定	20日	100時間	82,000円
平成29年6月	予定	20日	100時間	82,000円
平成29年7月	予定	20日	100時間	82,000円
平成29年8月	予定	20日	100時間	82,000円
平成29年9月	予定	20日	100時間	82,000円
平成29年10月	予定	20日	100時間	82,000円
平成29年11月	予定	20日	100時間	82,000円
平成29年12月	予定	20日	100時間	82,000円
賞与	有・無 (右に賞与の年間合計額記入)			0円
年間合計				988,000円

直近3ヶ月の実績

直近3ヶ月の実績と実績以降9ヶ月分の予定を記入してください、もし契約が途中で終わる場合も継続して働いたらどようになるか全月記入をお願いします。どうしても、予定は記入できない場合は、直

※強制適用事業所(法人等)で金額及び身分(アルバイトやパート)や会社都合、本人の意思に関係なく他のおなじような仕事をしている人の1週間の労働時間が3/4、本人の保険に入るよう法律で決まっております。パートAがそれにあたります。(このような場合は金額に関係なくミツバ健保の扶養からはずれていただきます)強制適用事業所(個人事業所)ではない事業所で働いている場合は、金額のみで判断します。また、平成28年10月より特定事業所(常時500名以上)の場合は、3/4ではありません(週20時間以上等別条件)

	1週間の労働時間	1ヶ月の労働日数	勤め先の会社で保険加入	扶養条件
正社員	40時間	20日	○	×
パートA	30時間(○)	15日(○)	○	×
パートB	30時間(○)	14日(×)	×	○
パートC	29時間(×)	15日(○)	×	○