【「健康保険被扶養者（異動）届」の添付書類】

年収見込証明書・社会保険未加入証明書

下記の者について以下の通り証明します。

1、対象者氏名　：　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

2、雇用・契約（予定）期間　：　　年　　月　　日～　　年　　月　　日
（終了日未定の場合は至日は未記入で可）

3、雇用形態　：　アルバイト　・　パート　・　その他（　　）
（該当するものに〇）

4、社会保険（健康保険等適用）　：　無

5、年収見込証明
（証明期間　：　　年　　月　　日～　　年　　月　　日）

（年収見込額　：

年	月	円
年	月	円
年	月	円
年	月	円
年	月	円
年	月	円
年	月	円
年	月	円
年	月	円
年	月	円
年	月	円
年	月	円
年	月	円

合計年収　＿＿＿＿＿＿円

年　　月　　日

事業所所在地

事業所名

代表者等　　㊞

◎ご記入における留意事項

・本証明書は被扶養者を認定するために、フジ日本健康保険組合に提出する書類です（被扶養者認定以外の目的で使用しません）。
・下線部分、事業所名をもれなくご記入の上、印を事業所等の公印を押印してください。
　※やむを得ない理由で公印を押印できない場合（公印が個人印の場合を含む）のは、事業所等で理由を明記してください。
・原則として、認定を受けようとする月から向こう1年分の証明が必要です（年度単位ではありません）。
・給与（年収見込額）は、支払月に記入するのではなく、勤務した月に記入して下さい。
　（例：1月に勤務した分に対する給与の場合、支給が2月であったとしても、1月分の給与として記入）
・証明期間のうち、退職等で証明できない期間や0円の期間がある場合、事業所において理由の明記をお願いします。
・認定を受けようとする月において月額の収入限度額を超えている場合には、その月の認定ができません。
・青色事業専従者に該当する場合には、こちらの書類では証明できません。フジ日本健康意保険組合にご確認ください。