

被扶養者認定調査票

| | | | |
|-----------------|-----|---|----|
| 被扶養者として申請する者の氏名 | 年齢 | 歳 | 続柄 |
| 勤務先の事業所の名称 | | | |
| 住所 | | | |
| 電話番号 | () | - | |

◎現在、勤務している事業所の事業主に下記の事項について証明を受けてください。

記

1、雇用契約内容について

| | |
|--------------|---------------------------|
| ① 雇用期間 | 令和 年 月 から 令和 年 月まで |
| ② 就業時間 | 午前 時 分 から 午後 時 分まで |
| | 午後 時 分 から 午後 時 分まで |
| | 1日 時間勤務 (◎参考 正社員の就業時間 時間) |
| ③ 1ヵ月平均の就業日数 | 日勤務 (◎参考 正社員の就業日数 日) |
| ④ 賃金(月額) | 時給 円 × 時間 × 日 = 円 |
| ⑤ 残業の有無 | 有 無 |
| | 月平均 時間 残業手当 円 |
| ⑥ 賞与の有無 | 有 無 |
| | 年間支給額 円 |

2、過去6ヵ月間の就業及び給与支給状況について

| 月分 | 給与支給額 円 | 就業日数 日 | 就業時間 時間 | 正社員 | |
|----|------------|-----------|------------|-----------|------------|
| | | | | 就業日数 日 | 就業時間 時間 |
| 月分 | | | | | |
| 月分 | | | | | |
| 月分 | | | | | |
| 月分 | | | | | |
| 月分 | | | | | |
| 月分 | | | | | |
| 合計 | | | | | |
| 平均 | | | | | |

3、上記の者が健康保険に未加入の理由について

加入していない理由について、該当の番号に ○ を付してください。

- 1、当該事業所が健康保険の適用を受けていないため
- 2、就業状況が正社員の就業状況の3/4を超えていないため
- 3、その他()

上記のとおり証明します。

令和 年 月 日

事業所所在地

事業所名

事業主氏名

(担当者氏名)