

## 収入見込証明書

(健康保険被扶養者申請用)

下記のとおり、勤務内容および収入見込額を証明する。

対象者	
勤務開始日	平成・令和 年 月 日 ~
出勤予定日数	1か月 _____ 日
勤務時間	1日 _____ 時間
時給または日給	1時間 _____ 円 または 1日 _____ 円
通勤手当 (非課税分を含む)	1日 _____ 円 または 1か月 _____ 円
その他手当	(手当の内容) (支給回数) (支給額) _____ 回/年 _____ 円 _____ 回/年 _____ 円
収入見込額	(月額) _____ 円 または (年額) _____ 円
事業主証明欄	令和 年 月 日 住所 _____ 事業所名 _____ 代表者名 _____ 印

(注意) 過去の収入実績の証明は無効です。

健保組合使用欄	対象期間 (今後1年間)	今後1年間の収入見込額
	R . . ~ R . .	円