

雇用契約調査票・年間収入（見込）額証明書

従業員氏名		生年月日	年 月 日
雇用形態	<input type="checkbox"/> 社員 <input type="checkbox"/> 派遣社員 <input type="checkbox"/> パート <input type="checkbox"/> アルバイト <input type="checkbox"/> その他（ ）		
雇用開始日	年 月 日		
契約変更日	年 月 日 *労働契約条件の変更により被扶養認定となる場合に記入		
給与支払日	毎月 日締切、（ <input type="checkbox"/> 当月 <input type="checkbox"/> 翌月 ） 日支払		
労働契約日数	<u>1</u> 月 日 （フルタイム社員 1月 日）		
労働契約時間	<u>1</u> 週 時間 （フルタイム社員 1週 時間）		
賃金	<input type="checkbox"/> 時給 <input type="checkbox"/> 日給 <input type="checkbox"/> 月給 （ 円）		

雇用保険加入の有無	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 （加入年月日 年 月 日）
-----------	---

給与支給状況	給与支払月	労働日数	労働時間	支 払	総支給額	交通費（再掲）
	年 月	日	時間	実績・見込	円	円
	年 月	日	時間	実績・見込	円	円
	年 月	日	時間	実績・見込	円	円
	年 月	日	時間	実績・見込	円	円
	年 月	日	時間	実績・見込	円	円
	年 月	日	時間	実績・見込	円	円
	年 月	日	時間	実績・見込	円	円
	年 月	日	時間	実績・見込	円	円
	年 月	日	時間	実績・見込	円	円
	年 月	日	時間	実績・見込	円	円
	年 月	日	時間	実績・見込	円	円
	年 月	日	時間	実績・見込	円	円
年 月	日	賞与	実績・見込	円	円	
年 月	日	賞与	実績・見込	円	円	
合 計					円	円

*被扶養者の認定月から向こう1年間の見込（実績）を記入してください。（有給含む）
 *総支給額には、交通費・手当等すべての収入が含まれます。
 *労働契約日数・時間・賃金に変更があった場合は、条件変更の都度、当該内容が分かる書面等を提出して下さい。
 *労働契約で定められた賃金から見込まれる収入が、月額108,332円未満（年間収入額130万円未満）でない場合、認定できません。
 *60歳以上又は障害年金受給者の場合、上記年間収入額「130万円未満」が「180万円未満」、月額「108,332円未満」が「150,000円未満」となります。
 *19歳から22歳までの場合、上記年間収入額「130万円未満」が「150万円未満」、月額「108,332円未満」が「125,000円未満」となります。 ※認定後1年に1度調査があります。

上記事項について、事実と相違ないことを証明いたします。 年 月 日

事業所所在地	
事業所名称	
事業主名	
電話番号	
	印 (ご担当者様)

本件に関する問い合わせ先：埼玉県金属加工健康保険組合 TEL 048-665-8226