

年間収入(見込)証明書

氏名			
住所	〒		
入社年月日	年 月 日 (□雇用形態変更年月日)		
雇用形態	□正社(職)員 □派遣 □パート □契約・嘱託 □その他()		
賃金形態	□月給 □日給 □時間給(円)		
標準報酬月額	円		
扶養手当	□支給あり □支給なし		
産後・育児休業	産休 令和 年 月 日 ~ 年 月 日	約	円
	育休 令和 年 月 日 ~ 年 月 日	約	円
傷病手当金(※)	支給 令和 年 月 日 ~ 年 月 日	約	円

※傷病手当金・労災休業補償給付金

証明書申請月から 過去1年間	総支給額	証明書申請月翌月 から今後1年間	総支給額(見込)
令和 年 月	円	令和 年 月	円
令和 年 月	円	令和 年 月	円
令和 年 月	円	令和 年 月	円
令和 年 月	円	令和 年 月	円
令和 年 月	円	令和 年 月	円
令和 年 月	円	令和 年 月	円
令和 年 月	円	令和 年 月	円
令和 年 月	円	令和 年 月	円
令和 年 月	円	令和 年 月	円
令和 年 月	円	令和 年 月	円
令和 年 月	円	令和 年 月	円
賞与 年 月	円	賞与 年 月	円
賞与 年 月	円	賞与 年 月	円
合 計	円	合 計	円

※交通費を含む税・社会保険料控除前の総支給額をご記入ください。
※給付金(傷病手当金・出産手当金、育児休業給付金等)が支給される場合はその金額を含めてください。

上記のとおりであることを証明いたします。
年 月 日
被保険者(署名)
被扶養者(署名)