

所得減少（超過）による被扶養者認定（取消）のときに被扶養者認定（取消）申告書 [整理番号10]に添付する（雇用形態及び月毎の収入状況が分かる書類でも可）。

雇用及び給与支給（見込）証明書

氏名	共済 花子				
現住所	鹿児島市共済町2-2				
雇用形態	1 正社員 2 パート・アルバイト 3 その他（ （いずれかに○。その他の場合は()内に雇用形態を記入。）	雇用契約期間 （和暦）	○○年 4 月 1日から ●●年 3 月 31日まで		
賃金の支給形態	月給 日給（いずれかに○） 時給		790 円		
雇用契約期間中見込賃金支給総額	711,000 円				
勤務形態	1日の勤務時間 3 時間 1月の勤務日数 25 日間				
社会保険の適用	有・ 無 （いずれかに○）	社会保険が適用されない理由 （社会保険の適用が無い場合のみ）	正社員の勤務時間の4分の3に満たないため。		
対象月（和暦）	支給日	支給額	対象月（和暦）	支給日	支給額
○○年 4 月	月 日	59,250	パート・アルバイト勤務であっても、条件を満たすときには勤務先から社会保険の適用を受ける場合がある。 勤務先において公的医療保険制度の被保険者となったとき（保険証を交付されたとき）には共済組合員の被扶養者とはならない。		
年 5 月	月 日	59,250			
年 6 月	月 日	59,250			
年 7 月	月 日	59,250			
年 8 月	月 日	59,250			
年 9 月	月 日	59,250			
年 10 月	月 日	59,250			
年 11 月	月 日	59,250			
年 12 月	月 日	59,250			
●●年 1 月	月 日	59,250			
年 2 月	月 日	59,250			
年 3 月	月 日	59,250			
賞与(月)	月 日	0			
賞与(月)	月 日	0			
計		711,000	計		

※ 支給額欄には、支給日が証明日の属する月の前月までの分については実績額を、翌月以降の分については、見込額を記入してください。

上記のとおり雇用し給与を支払ったこと（支払う予定であること）を証明します。

令和○○年 4 月 7 日

事業所所在地 鹿児島市鴨池新町10-10

事業所名 コンビニエンス鴨池

代表者名 大久保 隆盛

(電話 099-123-4567)

コ
ン
ビ
ニ
エ
ン
ス
鴨
池
印

給与収入者以外の確認書類の例
 ○事業所得・不動産所得・農業所得者等：確定申告書及び収支内訳書の写し
 ○年金受給者：年金証書・改定通知書等の写し又は送金案内書の写し