

給与見込証明書(本人用)

NTN 健康保険組合理事長 殿

下記の認定対象者の今年の収入は 130 万円未満となる見込みであるので、被扶養者として申請します。
また、申請にあたって収入見込額、直近6ヶ月の給与明細写しの提出と次の①②を誓約致します。

認定対象者氏名

続柄()

就 職 年 月 日

年 月 日

就 業 先 名

雇 用 形 態

パート従業員 ・ アルバイト ・ その他 ()

勤務日数

1日

時間

・

月

日

給 与

時給 ・ 月給 ・ 日給

円

雇用保険加入の有無

有 ・ 無

給与・賞与支給状況(通勤手当・諸手当等を含む総支給額)

支 給 月	支給(予定)額	支 給 月	支給(予定)額
年 1 月分	円	年 7 月分	円
年 2 月分	円	年 8 月分	円
年 3 月分	円	年 9 月分	円
年 4 月分	円	年 10 月分	円
年 5 月分	円	年 11 月分	円
年 6 月分	円	年 12 月分	円
賞与 (月)	円	賞与 (月)	円

年 月までは実績

年 月からは見込み

年間収入見込額

円

- ① 被扶養者資格確認（検認）において、認定対象者の収入に関する証明書（源泉徴収票、所得証明書等）を必ず提出します。提出しない場合は、認定取消となっても依存ありません。
- ② 今後、収入が 130 万円を越える等、認定基準を満たさなくなった場合は、速やかに扶養削除の申請を致します。

年 月 日

記号・番号 —

被保険者氏名 ㊞