

**2024年調査分（2023.10～2024.5 支給分までの証明）**  
**→ ～2024.5 末までに 1回のみ※<sup>1</sup> 提出**

**被扶養者の収入確認に当たっての「一時的な収入変動」に係る事業主の証明書**

当事業所において雇用されている下記被扶養者※<sup>2</sup>については、雇用契約等により本来想定される年間収入が被扶養者の収入要件である130万円未満※<sup>3</sup>です。この事業主記載欄に記載された期間に係る収入増については、人手不足による労働時間延長等に伴う一時的なものであることを証明します。

※1 2024年5月末までに、一回のみご提出ください。期間中の再提出は不要です。

※2 新たに被扶養者としての認定を受けようとする者を含みます。

※3 60歳以上の者又は概ね厚生年金保険法による障害厚生年金の受給要件に該当する程度の障害者については、180万円未満となります。

**【被保険者・被扶養者記載欄】**

健保提出年月日		令和 年 月 日		
被保険者	被保険者等記号・番号	(記号)	(番号)	
	(フリガナ) 氏 名			
被扶養者 (家族)	(フリガナ) 氏 名		続柄	
添付書類	本来の収入見込が確認できる雇用契約書 または健保 HP 掲載の 雇用内容証明書を添付しましたか 【 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ：受付不可】			

**【被扶養者を雇う事業主の記載欄】**

事業所所在地	〒 ー			
事業所名称				
事業主氏名				
記載責任者				
電話番号				
雇用契約等により本来想定される年間収入				円
人手不足等による 労働時間延長等が行われた期間	令和 年 月 から	令和 年 月	まで	
上記期間における当事業所での 労働による収入額（実績額）				円
一時的な収入増の理由（該当にチェック） ※勤務先の都合でない収入超過の場合、 本措置の対象外となります。	<input type="checkbox"/> 人手不足による勤務増 <input type="checkbox"/> 繁忙期による勤務増 <input type="checkbox"/> 会社の業績向上による勤務増 <input type="checkbox"/> その他〔理由： 〕			

証明内容によっては認定不可となる場合もございます。予めご了承ください。

提出先) 〒471-0832 愛知県豊田市丸山町6-22 (社内区分:健保)  
トヨタ自動車健康保険組合 資格認定G  
問合せ先) 外線 0565-28-0088 内線 811-6-0565

