給与収入のみである旨の申立書

●こちらの申立書は、給与収入のみであり、以下のいずれかに該当する場合に記入・提出が必要です。

① 労働契約内容による年間収入が基準額未満である場合の被扶養者の認定を受けようとする場合
② ①による扶養認定を受けた後、被扶養者資格の再確認を求められた場合

●労働基準法第15条の規定に基づき交付される「労働条件通知書」等の労働契約の内容が分かる書類の添付が必要です。

●労働時間が不明確な場合や、契約期間が1年に満たない場合等、労働契約内容により年間収入が判定できない方
また公的年金、個人年金、障害年金、事業収入等がある方は提出することはできません。

●該当被扶養者1名につき1枚の記入・提出が必要です。扶養認定を受ける本人が記載してください。

被保険者情報				
記号・番号	記号(左づめ)	番号(左づめ)	事業所の名称	生年月日 1 昭和 2 平成 3 令和　年　月　日
氏　名	フリガナ			
郵便番号		電話番号		
住　所	都　道 府　県			

被扶養者			
氏名	フリガナ	生年月日 1 昭和 2 平成 3 令和　年　月　日	続　柄

【被扶養者(家族)の年間収入】

労働契約の内容から今後1年間の収入の見込み額を記載してください。

計算根拠	被扶養者の年間収入の額
	円

私は、給与収入のみであり、申し立ての内容について相違ありません。

年　　月　　日

被扶養者(家族)の署名

事業主欄	事業所が提出する場合は記載してください
	事業所所在地
	事業所名称
	事業主氏名
	電話番号

(R8.7)

受付日付印

福井県自動車販売整備健康保険組合