ＦＲ健康保険組合　御中

夫婦共同扶養収入額確認表

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿の給与については下記の通りであることを証明致します。

※ 該当箇所は〇で囲んで下さい。

入社年月日 ・ 雇用契約変更	年　　月　　日	
雇用形態	正社員　　パート　　その他（　　）	
社会保険	健康保険 適用・不適用	雇用保険 適用・不適用
	厚生年金保険 適用・不適用	労災保険 適用・不適用
産前産後休業 予定期間	令和　　年　　月　　日から令和　　年　　月　　日まで	
育児休業 予定期間	令和　　年　　月　　日から令和　　年　　月　　日まで	
育児休業等取得前の直近月額(健保)	標準報酬月額：　　千円 ／ 改定年月：令和　　年　　月　算定・月変	

●給与等支払証明欄　※産前（育児）休業前、１年分を記載ください。

【例】令和４年 12 月より産前休業の場合

・・・給与支払証明期間＜令和３年 12 月～令和４年 11 月＞

支払月	支払額	支払月	支払額
年　　月	円	年　　月	円
年　　月	円	年　　月	円
年　　月	円	年　　月	円
年　　月	円	年　　月	円
年　　月	円	年　　月	円
年　　月	円	年　　月	円
夏季賞与	円	冬季賞与	円
		合　　計	円

※ 通勤手当を含む税込の支給額（諸手当を含む）を記入

この証明書に記入された個人情報は、健康保険業務以外には利用いたしません。

年　　月　　日

所在地

会社名

代表者名

電話番号＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印