

2020年 給与等証明書

組合員番号、氏名、証明対象の被扶養者氏名等を記入し、被扶養者の勤務先へ証明を依頼してください。

組合員番号	組合員氏名		
被扶養者氏名 (証明対象者)	生年月日	(和暦) 年 月 日生	組合員との 続柄

～勤務先様へ～

日本郵政共済組合の被扶養者要件を確認するため、証明対象者について、給与等の証明をお願いいたします。
 なお、新型コロナウイルス感染症の影響により増加した給与については、下記A欄へ記入してください（裏面「記入例」参照）。また、記入が無い箇所等があった場合は、給与等証明書を返却させていただき、再度証明を依頼することがありますので、記入漏れが無いようご注意ください。

勤務先記入欄

採用年月日	年 月 日	退職年月日	年 月 日
雇用条件変更日（2020年1月1日以降変更があった場合のみ記入）		年 月 日	
雇用条件に関する事項	2020年中の雇用条件 (2020年1月～2020年12月)		変更前雇用条件 (2020年1月1日以降変更があったときのみ記入)
	給 与	<input type="checkbox"/> 時給 <input type="checkbox"/> 日額 <input type="checkbox"/> 月給	円 <input type="checkbox"/> 時給 <input type="checkbox"/> 日額 <input type="checkbox"/> 月給
	通 勤 費	<input type="checkbox"/> 日額 <input type="checkbox"/> 月額 <input type="checkbox"/> 無	円 <input type="checkbox"/> 日額 <input type="checkbox"/> 月額 <input type="checkbox"/> 無
	所定労働時間	<input type="checkbox"/> 変動なし 時間/日 <input type="checkbox"/> 変動あり 時間/日～ 時間/日	<input type="checkbox"/> 変動なし 時間/日 <input type="checkbox"/> 変動あり 時間/日～ 時間/日
	所定労働日数	<input type="checkbox"/> 変動なし 日/月 <input type="checkbox"/> 変動あり 日/月～ 日/月	<input type="checkbox"/> 変動なし 日/月 <input type="checkbox"/> 変動あり 日/月～ 日/月
	健康保険適用	<input type="checkbox"/> 有（郵政共済以外の他の健保） （資格取得 年 月 日） <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有（郵政共済以外の他の健保） （資格取得 年 月 日） <input type="checkbox"/> 無
	給与支給日	日 給与計算締切日：毎月 日	日 給与計算締切日：毎月 日
特記事項			

A. 新型コロナウイルス感染症の影響により発生した業務に対して支払った時期及び給与・手当額を記入してください。

	支払年月	支給額	支払年月	支給額
増額分	2020年 月～ 月	円	2020年 月～ 月	円
特記事項	合 計			円

B. A以外の業務に対して支払った給与・手当額を記入してください。

給与支払実績に関する事項	給 与	支払年月日	総支給額	支払年月日	総支給額
		2020年 1 月 日	円	2020年 7 月 日	円
		2020年 2 月 日	円	2020年 8 月 日	円
		2020年 3 月 日	円	2020年 9 月 日	円
		2020年 4 月 日	円	2020年 10 月 日	円
		2020年 5 月 日	円	2020年 11 月 日	円
	2020年 6 月 日	円	2020年 12 月 日	円	
	賞 与 等	2020年 月 日	円	2020年 月 日	円
		2020年 月 日	円	2020年 月 日	円
特記事項	合 計			円	

証明対象者について上記のとおり証明します。

年 月 日

所在地：

事業所名：

事業主名：

電話番号：

()

印

本証明書は、保険者（日本郵政共済組合や健康保険組合、協会けんぽ等）が法令に基づき実施する調査のために必要な資料です。

記入例

2020年1月1日～12月31日までに証明対象者に支払った給与、賞与、通勤費など非課税分を含む「給与支給総額」について証明願います。

新型コロナウイルス感染症の影響（業務の増加等）の一時的な事情により、2020年中の収入がその1年間のみ上昇し、結果的に130万円以上となった場合も、原則として被扶養者の認定を遡って取り消しません。そのため、給与等についてはA欄・B欄を分けて記入してください。

2020年 給与等証明書 資格確認_様式1

組合員番号、氏名、証明対象の被扶養者氏名等を記入し、被扶養者の勤務先へ証明を依頼してください。

組合員番号	01234567	組合員氏名	郵政 健
被扶養者氏名 (証明対象者)	郵政 花子	生年月日 (西暦)	平成2年1月1日生
組合員との続柄	妻		

～勤務先様へ～
日本郵政共済組合の被扶養者要件を確認するため、証明対象者について、給与等の証明をお願いします。なお、新型コロナウイルス感染症の影響により増加した給与については、下記A欄へ記入してください（裏面「記入例」参照）。また、記入が無い箇所等があった場合は、給与等証明書を返却させていただき、再度証明を依頼することがありますので、記入漏れが無いようご注意ください。

勤務先記入欄

採用年月日	2019年4月1日	退職年月日	年月日
雇用条件変更日 (2020年1月1日以降変更があった場合のみ記入)	2020年10月1日		
2020年中の雇用条件 (2020年1月～2020年12月)		変更前雇用条件 (2020年1月1日以降変更があったときのみ記入)	
給与	時給 □ 日額 □ 月給 800円	時給 □ 日額 □ 月給 750円	
通勤費	日額 □ 月額 □ 無 1,000円	日額 □ 月額 □ 無 1,000円	
所定労働時間	変動なし 7時間/日 変動あり 時間/日～ 時間/日	変動なし 5時間/日 変動あり 5.5時間/日	
所定労働日数	変動なし 20日/月 変動あり 日/月～ 日/月	変動なし 16日/月～ 20日/月 変動あり 日/月～ 日/月	
健康保険適用	<input checked="" type="checkbox"/> 有 (郵政共済以外の他の健保) □無 (資格取得 2020年4月1日)	<input type="checkbox"/> 有 (郵政共済以外の他の健保) □無 (資格取得 年月日)	
給与支給日	24日 給与計算締切日: 毎月末日	24日 給与計算締切日: 毎月末日	
特記事項			

A. 新型コロナウイルス感染症の影響により発生し、**⑤** に対して支払った**⑥** 給与・手当額を**⑤** ください。

増額分	支払年月	支給額	支払年月	支給額
	2020年4月～8月	100,000円	2020年10月～11月	40,000円
特記事項	合計 140,000円			

B. A以外の業務に対して支払った**⑦** 当額を記入してください。

給与 支給 実績 に関する 事項	給与	支払年月	総支給額	支払年月	総支給額
		2020年1月24日	71,900円	2020年7月24日	87,900円
		2020年2月24日	88,400円	2020年8月24日	88,700円
		2020年3月24日	91,000円	2020年9月24日	78,400円
		2020年4月24日	76,600円	2020年10月23日	83,000円
		2020年5月22日	98,000円	2020年11月24日	113,000円
		2020年6月24日	96,200円	2020年12月24日	114,200円
	賞与等	2020年6月30日	30,000円	2020年月日	円
		2020年12月10日	60,000円	2020年月日	円
特記事項	合計 1,177,300円				

証明対象者について上記のとおり証明します。 2021年10月11日

⑧ 所在地: 埼玉県さいたま市中央区新都心00-0
事業所名: 有限会社 共再商事
事業主名: 共再 太郎
電話番号: 00 (0000) 0000

- ① すでに退職している場合には、退職年月日を記入してください。
- ② 「雇用条件変更日」と「変更前雇用条件」は、2020年1月1日以降に変更がなければ記入不要です。
- ③ 変動勤務の場合は、最少勤務時間・日数及び最大勤務時間・日数を記入してください。
- ④ 健康保険とは公的医療制度を指します。
※特に記入されないことが多い箇所ですので、ご注意ください。
- ⑤ 業務の増加や、下表の「新型コロナウイルス感染症の対応に伴う主な支援策」について該当する支払いが発生した期間を記入してください。
- ⑥ ⑤の期間に対して支払われた合計金額を記入してください。
- ⑦ 通勤費など非課税分を含む総支給額を証明してください。
支給がない月は「0円」と記入してください。
- ⑧ 勤務先の署名押印をお願いします。

下表の支援策について支払われた給与等がある場合は、表面のA欄、B欄いずれかに該当する箇所へ記入してください。

新型コロナウイルス感染症に伴う主な支援策	表面の記入箇所	理由
新型コロナウイルス感染症対応従事者慰労金	A	新型コロナウイルス感染症に関する業務に従事した医療従事者に支払われるもので、通常発生する給与等とは異なるため、給与等を含めません。
新型コロナウイルス感染症緊急包括支援交付金（介護分）	A	新型コロナウイルス感染症に関する業務に従事した介護、障害施設の職員に支払われるもので、通常発生する給与等とは異なるため、給与等を含めません。
雇用調整助成金	B	休業した期間に対して支払われる賃金のため、給与等を含めます。
新型コロナウイルス感染症による小学校休業等対応助成金（支援金）	B	休業した期間に対して支払われる賃金のため、給与等を含めます。

【注意事項】

・厚生年金等の適用状況

被扶養者医療保険制度の適用（健康保険や共済組合の短期等）の重複状況を確認いたしますので、厚生年金等被用者年金制度の適用は記入不要です。