

2021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		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。
 ※新型コロナウイルスワクチン接種業務に従事する医療職の収入確認は、本書ではなく別途、専用の申立書での記入をお願いします。

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（2021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	2021年中の雇用条件 (2021年1月～2021年12月)		変更前雇用条件 (2021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 円
	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 円
	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) <input type="checkbox"/> 無 (資格取得 年 月 日)	<input type="checkbox"/> 有(郵政共済以外の他の健保) <input type="checkbox"/> 無 (資格取得 年 月 日)
	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対応に伴って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	2021 年 月～ 月	円	2021 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。

給与と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
		2021 年 1 月 日	円	2021 年 7 月 日	円
		2021 年 2 月 日	円	2021 年 8 月 日	円
		2021 年 3 月 日	円	2021 年 9 月 日	円
		2021 年 4 月 日	円	2021 年 10 月 日	円
		2021 年 5 月 日	円	2021 年 11 月 日	円
		2021 年 6 月 日	円	2021 年 12 月 日	円
賞 与 等		2021 年 月 日	円	2021 年 月 日	円
		2021 年 月 日	円	2021 年 月 日	円
特 記 事 項				合計 円	

年 月 日

証明対象者について上記のとおり証明します。

所在地 :
 事業所名 :
 事業主名 :
 電話番号 : ()



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

2021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、2021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。

2021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29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していただき、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。
 ※新型コロナウイルスワクチン接種業務に従事する医療従事者の収入確認は、本書では別添付費用の申請書で行います。

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)			2021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場合のみ記入)	
給与	□時給 □日給 □月給 800円	□時給 □日給 □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 □変動あり 20日/月	
健康保険適用	□有(郵政共済以外の他の健保) □無 (資格取得 2021年 4月 1日)	□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 給与計算期切日: 毎月 末日	24日 給与計算期切日: 毎月 末日	
特記事項			

A. 新型コロナウイルス感染症の対応によって発生した業務に対し、**6**の期間及び給与・手当を**5**に記載してください。**6**

増額分	支払年月	支給額	支払年月	支給額
	2021年 4月～8月	100,000円	2021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給与・手当額を記載してください。**7**

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
	賞与等	支払年月日	総支給額	支払年月日	総支給額
		2021年 1月 24日	71,900円	2021年 7月 24日	87,900円
		2021年 2月 24日	88,400円	2021年 8月 24日	88,700円
		2021年 3月 24日	91,000円	2021年 9月 24日	78,400円
		2021年 4月 24日	76,600円	2021年 10月 23日	83,000円
		2021年 5月 22日	98,000円	2021年 11月 24日	113,000円
		2021年 6月 24日	98,200円	2021年 12月 24日	114,200円
		2021年 6月 30日	30,000円	2021年 月 日	円
		2021年 12月 10日	60,000円	2021年 月 日	円
特記事項	合計 1,177,300円				

2022年 10月 11日

証明対象者について上記のとおり証明します。

8

所在地 : 埼玉県さいたま市中央区新都心〇〇-〇〇
 事業所名 : 有限会社 共済商事
 事業主名 : 共済 太郎
 電話番号 : 〇〇 (〇〇〇〇) 〇〇〇〇

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、2021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。

⑥⑤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。

⑧勤務先の署名押印をお願いします。
 (個人員ではなく、社印の押印をお願いします。)

下表の支援策について支払われた収入がある場合は、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、収入に含まれます。
新型コロナウイルス感染症対応 休業支援金・給付金	B	休業した期間に対して支払われる賃金のため、収入に含まれます。
新型コロナウイルス感染症による小学校休業 等対応支援金	B	休業した期間に対して支払われる賃金のため、収入に含まれます。

【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。