

2022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。

※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	年 月 日 ※雇用条件に変更があった時のみ記入してください。		
10月1日時点の 雇用条件	給 与	<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
	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	
	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	
	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)	
	給与支給日	日	給与計算締切日：毎月 日
	賞与	円/回	1年あたりの支給回数 回
	特 記 事 項		

雇用条件等に基づいて、向こう1年間に支給する給与を推計し、記入してください。

2022年10月～2023年9月	円
------------------	---

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
増額分	2022 年 7 月	円
	2022 年 8 月	円
	2022 年 9 月	円
	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。

	支払年月日	総支給額
給 与	2022 年 7 月 日	円
	2022 年 8 月 日	円
	2022 年 9 月 日	円
賞 与 等	2022 年 月 日	円
	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 :

()



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

2022年7月～9月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、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。

資格確認_様式1

2022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	01234567	組合員氏名	郵政 太郎		
被扶養者氏名 (証明対象者)	郵政 花子	生年月日	(和暦) 平成元 年 7 月 26 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ます。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	2020 年 12 月 5 日		退職年月日	年 月 日
雇用条件変更日	年 月 日 ※雇用条件に変更があった時のみ記入してください。			
10月1日時点の 雇用条件	給 与	<input checked="" type="checkbox"/> 時給 <input type="checkbox"/> 日額 <input type="checkbox"/> 月給	960 円	
	通 勤 費	<input type="checkbox"/> 日額 <input checked="" type="checkbox"/> 月額 <input type="checkbox"/> 無	1,000 円	
	所定労働時間	<input checked="" type="checkbox"/> 変動なし <input type="checkbox"/> 変動あり	7 時間/日	時間/日～ 時間/日
	所定労働日数	<input type="checkbox"/> 変動なし <input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 無 (資格取得 年 月 日)		
	給与支給日	20 日	給与計算締切日: 毎月	未 日
賞 与	20,000 円/回	1年あたりの支給回数	1 回	
特 記 事 項				

雇用条件等に基づいて、向こう1年間に支給する給与を推計し、記入してください。

④ 2022年10月～2023年9月 1,276,160 円

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。

増額分	支払年月	⑤ 支給額
	2022 年 7 月	30,000 円
	2022 年 8 月	0 円
	2022 年 9 月	25,000 円
	合 計	55,000 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	支払年月日	⑥ 総支給額
	2022 年 7 月 日	98,200 円
	2022 年 8 月 日	102,000 円
	2022 年 9 月 日	105,800 円
賞 与 等	2022 年 月 日	円
	合 計	306,000 円

証明対象者について上記のとおり証明します。 2022 年 11 月 5 日

⑦ 所在地: 埼玉県さいたま市中央区新都心〇〇-〇
 事業所名: 〇〇〇〇
 事業主名: 〇〇〇〇
 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 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。
- ③ 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。
- ④ 2022年10月～2023年9月の1年間に支給する給与額について推計し、記入してください。
- 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場合に、各月に支払われた金額を記入してください。
- ⑥ 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。
- ⑦ 勤務先の署名押印をお願いします。
 (個人印ではなく、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、給与等に含めません。
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、給与等に含めません。
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、収入に含めます。
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。