

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	年 月 日生 組合員との 続柄

勤務先記入欄

証明対象者について、ご記入をお願いします。

なお、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。

また、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）。

※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、専用の申立書への記入をお願いします。

採用年月日	年 月 日	退職年月日	年 月 日
雇用条件変更日（2022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	2022年中の雇用条件 (2022年1月～2022年12月)		変更前雇用条件 (2022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) <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	2022 年 月～ 月	円	2022 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
		2022 年 1 月 日	円	2022 年 7 月 日	円
		2022 年 2 月 日	円	2022 年 8 月 日	円
		2022 年 3 月 日	円	2022 年 9 月 日	円
		2022 年 4 月 日	円	2022 年 10 月 日	円
		2022 年 5 月 日	円	2022 年 11 月 日	円
	2022 年 6 月 日	円	2022 年 12 月 日	円	
	賞 与 等	2022 年 月 日	円	2022 年 月 日	円
		2022 年 月 日	円	2022 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 : ()



※この証明書は、日本郵政共済組合の被扶養者要件を確認するための証明資料として使用します。

記入例

証明対象者について、2022年（1月1日～12月31日）の雇用条件と支払った給与等について、記入してください。

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、2022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。

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入力し、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	平成28年 1月 1日生	組合員との 続柄	妻

勤務先記入欄

証明対象者について、ご記入をお願いします。
なお、記入が無い箇所があった場合は、給与等証明書を送却させていただき、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。
また、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）。
※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、専用の申請書へのお申し込みです。

採用年月日	2020年 4月 1日	退職年月日	年 月 日
雇用条件変更日 (2022年1月1日以降変更があった場合のみ記入)	2022年 10月 1日		
雇用条件 (2022年1月1日以降変更があった場合のみ記入)	2022年中の雇用条件		
	変更前雇用条件		
給与	日給 口日額 口月給 800円	日給 口日額 口月給	750円
通勤費	口日額 口月額 口無 1,000円	口日額 口月額 口無	1,000円
所定労働時間	口変動なし 7 時間/日	口変動なし 時間/日	
	口変動あり 時間/日～ 時間/日	口変動あり 5 時間/日～ 5.5 時間/日	
所定労働日数	口変動なし 20 日/月	口変動なし 日/月	
	口変動あり 日/月～ 日/月	口変動あり 16 日/月～ 20 日/月	
健康保険適用	口有(郵政共済以外の健康) 口無	口有(郵政共済以外の健康) 口無	
	(資格取得 2022年 4月 1日)	(資格取得 年 月 日)	
給与支払日	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。

種類	支払年月	支払額	支払年月	支払額
増額分	2022年 4月～8月	100,000円	2022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・手当額を記入してください。

給与 支払 実績 に関する 事項	支払年月日	支払総額	支払年月日	支払総額
	2022年 1月 24日	71,900円	2022年 7月 24日	87,900円
特記事項	2022年 2月 24日	88,400円	2022年 8月 24日	88,700円
	2022年 3月 24日	91,000円	2022年 9月 24日	78,400円
	2022年 4月 24日	76,800円	2022年 10月 23日	83,000円
	2022年 5月 22日	98,000円	2022年 11月 24日	113,000円
	2022年 6月 24日	96,200円	2022年 12月 24日	114,200円
	2022年 6月 30日	30,000円	2022年 月 日	円
	2022年 12月 10日	60,000円	2022年 月 日	円
	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。

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

2023年 10月 11日

※この証明書は、日本郵政共済組合の被扶養者要件を確認するための証明資料として使用します。

- 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 2022年1月1日以降変更がある場合に、記入してください。
- 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。
※勤務先での加入を確認します。
- ⑤ 新型コロナウイルス感染症の影響による業務の増加や、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」の内「表面の記入箇所」Aに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記入してください(支給がない月は「0円」と記入してください)。また下表の「新型コロナウイルス感染症の対応に伴う主な支援策」の内「表面の記入箇所」Bに該当する金額は、ここに加算してください。
- ⑧ 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。)

支援策として支払われた収入がある場合は、下表を参考に表面の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。
- ・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。