

日本郵政共済組合 共済センター長 殿

給与収入及び雇用条件等に関する申立書

年 月 日

組合員番号

組合員氏名

私は、国家公務員共済組合法施行規則第95条第3項の定めにより日本郵政共済組合から求められた給与等証明書を提出することができないため、下記のとおり申し立てます。本申立内容は事実と相違ありません。事実と相違している場合については、被扶養者の認定を遡って取り消し、取消日以降の給付金等について直ちに返納します。

給与等証明書が提出できない具体的理由

被扶養者氏名 (証明対象者)	生年月日	年 月 日	組合員との 続柄
-------------------	------	-------	-------------

勤務先名称	
勤務先所在地	

採用年月日	年 月 日	退職年月日	年 月 日
-------	-------	-------	-------

雇用条件に関する事項	雇用条件変更日(2023年1月1日以降変更があった場合のみ記入)		年 月 日			
	2023年中の雇用条件 (2023年1月～2023年12月)		変更前雇用条件 (2023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"/> 変動なし	時間/日	
		<input type="checkbox"/> 変動あり	時間/日～	時間/日	<input type="checkbox"/> 変動あり	時間/日～
	所定労働日数	<input type="checkbox"/> 変動なし	日/月	<input type="checkbox"/> 変動なし	日/月	
		<input type="checkbox"/> 変動あり	日/月～	日/月	<input type="checkbox"/> 変動あり	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						

給与支払実績に関する事項	支払年月日		総支給額		支払年月日		総支給額		
	給与	2023年	1月	日	円	2023年	7月	日	円
		2023年	2月	日	円	2023年	8月	日	円
		2023年	3月	日	円	2023年	9月	日	円
		2023年	4月	日	円	2023年	10月	日	円
		2023年	5月	日	円	2023年	11月	日	円
		2023年	6月	日	円	2023年	12月	日	円
	賞与等	2023年	月	日	円	2023年	月	日	円
2023年		月	日	円	2023年	月	日	円	
特記事項							合計	円	

申立を確認できる資料(☑をして、あわせて提出してください。提出できない場合、上記理由欄にその旨を記入してください。)

給与明細書(写) 源泉徴収票(令和5年分) 労働条件通知書 その他()

(注)上記内容で必要事項が確認できない場合には、別の資料の提出を依頼する場合があります。

日本郵政共済組合 共済センター長 殿

給与収入及び雇用条件等に関する申立書

2024 年 10 月 10 日

組合員番号 01234567

組合員氏名 共済 太郎

私は、国家公務員共済組合法施行規則第95条第3項の定めにより日本郵政共済組合から求められた給与等証明書を提出することができないため、下記のとおり申し立てます。本申立内容は事実と相違ありません。事実と相違している場合には、被扶養者の認定を遡って取り消し、取消日以降の給付金等について直ちに返納します。

給与等証明書が提出できない具体的理由

会社が倒産したため、証明先がない

被扶養者氏名 (証明対象者)	共済 花子	生年月日	1977 年 1 月 10 日	組合員との 続柄	妻
-------------------	-------	------	-----------------	-------------	---

勤務先名称	株式会社 ○○○
勤務先所在地	埼玉県さいたま市中央区1-1

雇用契約内容を記入してください。

変動勤務の場合は、最少～最多の勤務時間及び日数を記入してください。

月日

雇用条件の変更があった場合は、雇用条件変更前も必ずご記入ください。

雇用条件に関する事項	2023年中の雇用条件 (2023年1月～2023年12月)			変更前雇用条件 (2023年1月1日以降変更があったときのみ記入)		
	給与	<input checked="" type="checkbox"/> 時給 <input type="checkbox"/> 日額 <input type="checkbox"/> 月給	1,000	円	<input type="checkbox"/> 時給 <input type="checkbox"/> 日額 <input type="checkbox"/> 月給	
通勤費	<input checked="" type="checkbox"/> 日額 <input type="checkbox"/> 月額 <input type="checkbox"/> 無	300	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 checked="" type="checkbox"/> 変動あり 5 時間/日～ 8 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 checked="" type="checkbox"/> 変動あり 15 日/月～ 18 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 checked="" 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	24 日	給与計算締切日: 毎月 末 日		日	給与計算締切日: 毎月 日	
特記事項	通勤手当等の非課税収入も含まれます。					

給与支払実績に関する事項	支払年月日		総支給額		支払年月日		総支給額	
	給与	2023 年 1 月 24 日	78,100	円	2023 年 7 月 24 日	85,000	円	
2023 年 2 月 24 日		83,000	円	2023 年 8 月 24 日	78,000	円		
2023 年 3 月 24 日		80,300	円	2023 年 9 月 22 日	78,400	円		
2023 年 4 月 24 日		85,000	円	2023 年 10 月 24 日	83,000	円		
2023 年 5 月 24 日		78,100	円	2023 年 11 月 24 日	87,300	円		
2023 年 6 月 23 日		79,800	円	2023 年 12 月 22 日	86,600	円		
賞与等	2023 年 6 月 30 日	50,000	円	2023 年 月 日		円		
	2023 年 12 月 11 日	70,000	円	2023 年 月 日		円		
特記事項	合計						1,102,600	円

申立書と併せて、確認資料を提出してください。

申立を確認できる資料(☑をして、あわせて提出してください。提出できない場合、上記理由欄にその旨を記入してください。)

給与明細書(写) 源泉徴収票(令和5年分) 労働条件通知書 その他()

(注)上記内容で必要事項が確認できない場合には、別の資料の提出を依頼する場合があります。