

## 被扶養者の収入確認に当たっての「一時的な収入変動」に係る申立書 兼 証明書

## 【組合員申立欄】

私の被扶養者が、一時的な変動による収入については、下記のとおりとなりますので、「年収の壁・支援強化パッケージ」を適用していただくよう申し立てます。

なお、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。

組合員	申 立 日	年 月 日
	組合員番号	
	(フリガナ) 氏 名	
	組合員の年間収入	円
被扶養者	(フリガナ) 氏 名	

## 【事業主証明欄】

当事業所において雇用されている上記の被扶養者については、雇用契約により本来想定される年間収入が被扶養者の収入要件である 130 万円未満<sup>※</sup>です。この事業主証明欄に記載された期間に係る収入変動については、人手不足による労働時間延長等に伴う一時的なものであることを証明します。

証 明 年 月 日	年 月 日
所 在 地	〒 ー
事 業 所 名	
事 業 主 名	(印)
電 話 番 号	
雇用契約により本来想定される年間収入	円
2023 年 1 月～12 月の間で人手不足による労働時間延長等が行われた期間	
上記期間における一時的に増加した収入額	円

※ 60 歳以上の者である場合又は概ね厚生年金保険法による障害厚生年金の受給要件に該当する程度の障がい者である場合については、180 万円未満となります。

被扶養者の収入確認に当たっての「一時的な収入変動」に係る申立書 兼 証明書

【組合員申立欄】

私の被扶養者が、一時的な変動による収入については、下記のとおりとなりますので、「年収の壁・支援強化パッケージ」を適用していただくよう申し立てます。

なお、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。

組合員	申立日	2024年10月10日
	組合員番号	01234567
	(フリガナ) 氏名	キョウサイ タロウ 共済 太郎
	組合員の年間収入	8,000,000 円
被扶養者	(フリガナ) 氏名	キョウサイ ハナコ 共済 花子

【事業主証明欄】

当事業所において雇用されている下記の被扶養者に収入が被扶養者の収入要件である130万円未満\*です。

収入変動については、人手不足による労働時間延長等に伴う一時的なものであることを証明します。

被扶養者が「年収の壁・支援強化パッケージ」を適用できるか判定をするにあたり、組合員の収入確認が必要です。必ずご記入ください。

証明年月日	2024年10月11日	
所在地	〒000-0000 〇〇県〇〇市〇〇1-1	
事業所名	有限会社〇〇商事	
事業主名	郵政 一郎	
電話番号	0120-00-0000	
雇用契約により本来想定される年間収入	1,180,000 円	
2023年1月～12月の間で人手不足による労働時間延長等が行われた期間	6月～10月	
上記期間における一時的に増加した収入額	200,000 円	

\* 60歳以上の者である場合又は概ね厚生年金保険法による障害厚生年金の受給要件に該当する程度の障がい者である場合については、180万円未満となります。