

2024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ご依頼ください。

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。

※「年収の壁・支援強化パッケージ（130万円の壁）」及び「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」の証明が必要な場合は、本書と併せて別途、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 に 関 す る 事 項	雇用条件変更日（2024年1月1日以降変更があった場合のみ記入）		年 月 日
	2024年中の雇用条件 (2024年1月～2024年12月)		変更前雇用条件 (2024年1月1日以降変更があったときのみ記入)
	給 与	☐ 時給 ☐ 日額 ☐ 月給 円	☐ 時給 ☐ 日額 ☐ 月給 円
	通 勤 費	☐ 日額 ☐ 月額 ☐ 無 円	☐ 日額 ☐ 月額 ☐ 無 円
	所定労働時間	☐ 変動なし 時間/日 ☐ 変動あり 時間/日～ 時間/日	☐ 変動なし 時間/日 ☐ 変動あり 時間/日～ 時間/日
	所定労働日数	☐ 変動なし 日/月 ☐ 変動あり 日/月～ 日/月	☐ 変動なし 日/月 ☐ 変動あり 日/月～ 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 年 月 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	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	2024 年 1 月 日	円	2024 年 7 月 日	円
		2024 年 2 月 日	円	2024 年 8 月 日	円
		2024 年 3 月 日	円	2024 年 9 月 日	円
		2024 年 4 月 日	円	2024 年 10 月 日	円
		2024 年 5 月 日	円	2024 年 11 月 日	円
		2024 年 6 月 日	円	2024 年 12 月 日	円
	賞 与 等	2024 年 月 日	円	2024 年 月 日	円
		2024 年 月 日	円	2024 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、2024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、ご記入ください。

資格確認 様式1

2024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	1991 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。

※「年収の壁・支援強化パッケージ（130万円の壁）」及び「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」の証明が必要な場合は、本書と併せて別途、専用の申立書への記入をお願いします。

採用年月日	2022年 1月 1日	退職年月日	年 月 日
2 雇用条件変更日 (2024年1月1日以降変更があった場合のみ記入)	2024年 10月 1日		
雇用条件に関する事項	2024年中の雇用条件 (2024年1月～2024年12月)		2 変更前雇用条件 (2024年1月1日以降変更があったときのみ記入)
	給与	☒ 時給 ☐ 日額 ☐ 月給 800円	☒ 時給 ☐ 日額 ☐ 月給 750円
	通勤費	☐ 日額 ☒ 月額 1,000円	☐ 日額 ☒ 月額 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 時間/日 ☒ 変動あり 5時間/日～ 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 日/月 ☒ 変動あり 16日/月～ 20日/月
4 健康保険適用	☒ 有 (郵政共済以外の他の健保) ☐ 無 (資格取得 2024年 10月 1日)		
給与支払日	24日 給与計算締切日: 毎月 末 日		
特記事項			

給与 と 支払 実績 に 関 する 事 項	給 与	支払年月日	5 総支給額	支払年月日	5 総支給額
		2024 年 1 月 24 日	71,900 円	2024 年 7 月 24 日	87,900 円
		2024 年 2 月 22 日	88,400 円	2024 年 8 月 23 日	88,700 円
		2024 年 3 月 22 日	91,100 円	2024 年 9 月 24 日	78,400 円
		2024 年 4 月 24 日	76,600 円	2024 年 10 月 24 日	83,000 円
		2024 年 5 月 24 日	98,000 円	2024 年 11 月 22 日	113,000 円
	賞 与 等	2024 年 6 月 24 日	96,200 円	2024 年 12 月 24 日	114,200 円
		2024 年 6 月 28 日	30,000 円	2024 年 月 日	円
	特記事項	2024 年 12 月 10 日	60,000 円	2024 年 月 日	円
					合計

2025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。	
6	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 共再商事 事業主名: 共再 太郎 電話番号: 00 (0000) 0000

※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、退職年月日をご記入ください。
- ② 2024年1月1日以降変更がある場合に、ご記入ください。
- 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・日数をご記入ください。
- ④ 健康保険とは公的医療制度を指します。
※勤務先で加入をしているか確認します。
- ⑤ 通勤費など非課税分を含む総支給額をご記入ください (支給がない月は「0円」と記入)。
- ⑥ 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。)

● 給与収入に関する専用申立書について

各種申立書は共済組合ホームページからダウンロードができます。

- ・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



- ・新型コロナウイルスワクチン接種業務に従事した際の収入に係る申立書 (令和6年3月まで適用可能)



【注意事項】

- ・厚生年金等の適用状況

被用者保険（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。