

〈60歳以上用〉

被 扶 養 者 証 明 欄	私は、CNCグループ健康保険組合への扶養申請にあたり、以下の認定条件を確認しました。 【扶養認定条件】 年間180万円未満（1ヶ月あたり150,000円）の収入を超えないこと。 年 月 日
	被扶養者氏名 ④ (被保険者氏名)

就 労 に 関 す る 証 明 書

健康保険の被扶養者申請にあたり、下記の証明をお願いいたします。

契約開始年月日	年 月 日	社会保険適用状況 (契約開始時)	健康保険・厚生年金・雇用保険 (健康保険未加入の理由:)
契約変更年月日 (変更があった場合)	年 月 日	社会保険適用状況 (変更後)	健康保険・厚生年金・雇用保険 (健康保険未加入の理由:)
雇用形態	アルバイト・パート・派遣社員・正社員・その他 ()		
賃金形態	時間給 円・日給 円	月給 円	
所定労働時間	1日 時間	時間外労働	なし・あり (1日 時間)
所定労働日数	月平均 日		
交通費 (課税+非課税)	月額 円 (1日当り 円)		
年間収入見込額	* 記入する月から1年間の収入見込額を記入してください。(税込金額) ①給料 円 ②賞与 円 ③一時金等 円 ④交通費 円 (課税+非課税) 年間収入見込額 円 (①+②+③+④)		
備 考			

上記について相違ないことを証明いたします。

証明日 年 月 日

事業所名

所在地

事業主名

電話番号

④