

(別紙)

大阪ガス健康保険組合 理事長宛

<一時的な収入変動に係る事業主の証明書>の添付書類

健康保険被扶養者の加入条件に関して、「一時的な収入変動に関わる事業主の証明書」を提出される方は、こちらの添付書類も合わせてご提出ください。

記

ご参考：健康保険被扶養者の加入条件（一部）

60歳未満→年間130万円未満(月額109,000円未満)/60歳以上→年間180万円未満(月額150,000円未満)

以下は、事業主様にてご証明をお願いします。

対象者： _____

<通常勤務時の契約内容>

① 1日あたり	時間	② 時間外	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	有の場合 時間/1日
③ 1ヶ月あたり	日	④ 交通費	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	有の場合 円/1ヶ月
⑤ 賃金形態	<input type="checkbox"/> 時間給 <input type="checkbox"/> 日給 <input type="checkbox"/> 月給		円	⑥通常勤務者の4分の3 <input type="checkbox"/> 以上 <input type="checkbox"/> 未満

※時給の場合：(①+②) × ③ × ⑤ + ④ = 月額

※⑥について「以上」に☑、もしくは強制適用事業所に該当する場合にご記入ください。

社会保険の適用にならない理由

<一時的な収入変動の要因>

※基本給の増加、恒常的な収入の増加など、今後も引き続き収入が増える事が確実な場合においては一時的な収入増加とは認められません。

- 他の従業員が退職したことにより、当該労働者の業務量が増加した。
- 他の従業員が休職したことにより、当該労働者の業務量が増加した。
- 当該事業所における業務（受注等）が好調により、一時的に全体の業務量が増加した。
- 突発的な大口案件により、事業所全体の業務量が増加した。
- その他（ _____ ）

上記証明内容により、恒常的な収入の増加によるものではなく、一時的な収入の変動があったことに間違いありません。

年 月 日

事業所在地

事業所名

事業主名

連絡先

印