

(配偶者勤務先)

御中

## 証 明 願

健康保険被扶養者の申請に必要ですので、

下記に(配偶者氏名) \_\_\_\_\_ の年間収入見込額・勤務状況について証明をお願い致します。

年 月 日

被保険者氏名： \_\_\_\_\_

\* 枠内は勤務先の記入欄 (申請者記入無効)

富士フイルムグループ健康保険組合 御中

### 年間収入見込額証明書

氏 名： \_\_\_\_\_

年間収入見込額： \_\_\_\_\_ 円

※ 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。  
※ 賞与・交通費も合算した金額を記入してください。

現在の勤務状況：  通常勤務

産休中 年 月 日～ 年 月 日

育児休業中 年 月 日～ 年 月 日

(予定)

その他 (詳細 \_\_\_\_\_ )

上記のとおり証明致します。

年 月 日

所在地 \_\_\_\_\_

会社名 \_\_\_\_\_ 印

電話番号 ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_

#### 【被保険者記入欄】

記号 \_\_\_\_\_ 番号 \_\_\_\_\_

被保険者氏名 \_\_\_\_\_ 扶養申請者氏名 (申請する家族) \_\_\_\_\_

配偶者は、給与収入以外の収入 (不動産等) がないことを誓約いたします。