

収入見込証明書

《注意事項》

1. 証明日の属する月から12か月分の見込額を記入してください。
2. 支払のない月は「0」を記入してください。
3. 訂正箇所は、事業主印を押印してください。

1	被保険者氏名	健保 正美			
	支払年月	給与	賞与等	育児休業給付金	その他
2	2025年 5月	0円	0円	160,000円	0円
	2025年 6月	0円	50,000円	160,000円	0円
	2025年 7月	0円	0円	160,000円	0円
	2025年 8月	0円	0円	160,000円	0円
	2025年 9月	0円	0円	160,000円	0円
	2025年 10月	0円	0円	160,000円	0円
	2025年 11月	0円	0円	120,000円	0円
	2025年 12月	0円	30,000円	120,000円	0円
	2026年 1月	0円	0円	120,000円	0円
	2026年 2月	0円	0円	120,000円	0円
	2026年 3月	240,000円	0円	0円	0円
	2026年 4月	240,000円	0円	0円	0円
3	計	480,000円	80,000円	1,440,000円	0円
4	収入見込額	2,000,000円			

上記のとおり、今後1年間の収入見込額を証明します。

5	2025年 5月 15日	事業所所在地	○○○○○○○○○○
		事業所名称	株式会社 ○○○○○
		事業主氏名	○○ ○○ (印)

次のような場合に、この証明願をご使用ください。

被保険者夫婦が共働きで子を申請するとき、被保険者が育児休業を取得する場合にはこの証明が必要です。
※今後、育児休業等取得したとしても、配偶者より年収が多くなると見込まれる場合

◆注意事項

- 必ず、勤務されている会社から証明を受けてください。

◆記入要領（記入例の番号と照合してください）

- ①【被保険者氏名】
被保険者（従業員）の氏名を記入してください。
- ②【支払年月】
証明を作成する月から12か月分の見込額を記入してください。
支払いのない月は必ず「0円」と記入してください。
- ③【計】
給与等、種別ごとの12か月計を記入してください。
- ④【収入見込額】
③の総合計額を記入してください。
- ⑤【勤務先証明印等】
証明日・被保険者の勤務先の所在地・名称・代表者をご記入のうえ事業主印を押印してください。
(内容に不明な点がある場合、日立健康保険組合より直接お問い合わせさせていただく場合があります)