

## 労働契約内容による年間収入の判定について

認定対象者の年間収入については、認定対象者の過去の収入、現時点の収入または将来の収入の見込みなどから、時間外労働に対する賃金（以下、所定外賃金）の見込みを含めた今後1年間の収入見込みにより判定しております。

令和8年4月1日以降は、収入が給与収入のみである場合に限り、労働契約通知書等（以下、通知書等）および給与収入のみであることの申立書（以下、申立書）を提出いただくことで、所定外賃金を含めず判定いたします。

※以下の場合には所定外賃金を含めた判定となります。

- ・給与収入以外の収入（年金収入、自営業収入等）がある
- ・労働契約段階で所定外労働を見込まれている
- ・通知書等および申立書の提出が無い
- ・通知書等から年間収入の判定ができない

※所定外賃金により実際の年間収入が社会通念上妥当である範囲を超えて認定基準額を大きく上回っている場合には、認定できない場合もございます。

### <労働契約内容による年間収入の判定をする場合の必要書類>

以下の1と2両方のご提出をお願いいたします。

#### 1. 給与収入のみであることの申立書（健保書式）

労働契約内容による扶養審査をする場合には、扶養認定対象者ご本人から給与収入のみであることを申し立てていただく必要がございます。

別紙「給与収入のみであることの申立書」に必要事項をご記入の上、ご提出ください。

#### 2. 労働条件通知書、雇用契約書、雇用条件証明書（健保書式）等、労働契約内容が分かる書類

労働契約内容確認のため、労働条件通知書、雇用契約書等、雇用主と交わした書類（以下、通知書等）をご提出ください。

※通知書等に記載された契約内容が以下の場合には、年間収入の判定ができない場合がありますので、直近の給与明細書3ヶ月分をご提出ください。

- ・シフト制等で就業時間が不明確
- ・契約期間が1年未満
- ・その他契約内容から就業時間、年間収入が判定できない場合

※通知書等を紛失等して手元にない方は、勤務先に再発行を依頼していただくか、別紙「雇用条件証明書」（健保書式）に、記入・証明を依頼してください。勤務先への証明依頼も難しい場合には、直近の給与明細書3ヶ月分をご提出ください。

※給与収入以外の収入（年金収入、自営業収入等）がある方はこれまで通り、直近3ヶ月分の給与明細書と其々の収入証明（年金振込通知書、確定申告書等）をご提出ください。

※通知書等の内容から年間収入の判定ができない場合や、通知書等の提出ができず、直近3ヶ月分の給与明細書の提出となった場合には、残業代も含めた扶養審査となります。

## 給与収入のみであることの申立書

SUMIグループ健康保険組合 理事長 殿

現在の収入は給与収入のみであることを申立いたします。

今後、労働契約内容の変更(就労時間、賃金の増加等)、その他の事情により収入が変動し、扶養認定基準額を超える場合には、速やかに扶養削除の手続きを行います。

令和 年 月 日

現住所

---

扶養認定対象者氏名(自署)

---

※本書類は、労働条件通知書等がお手元がない場合に、  
事業所（パート・アルバイト先）に記入を依頼してください。

## 雇用条件証明書

記入例

氏名	健保 花子	生年月日	昭和 平成 55年10月5日
雇用形態	社員 ・ <b>パートアルバイト</b> ・ 派遣社員 ・ その他( )		
雇用期間	令和 7年 6月 1日 ~ 令和 年 月 日 ※ 実際の勤務開始日ではなく、雇用契約期間を記入		
勤務時間	①	10時00分 ~ 15時00分	(実働 4時間) (1ヵ月平均 14日間)
	②	時 分 ~ 時 分	(実働 時間) (1ヵ月平均 日間) ※②は勤務時間が複数ある場合に記入
給与	月給 ・ 日給 ・ <b>時間給</b> ( 1,000 円) / 賞与 ( 円/年)		
交通費	1ヵ月あたり( 7,784 円) / 支給なし		
健康保険	加入している / <b>加入していない</b>		

SUMIグループ健康保険組合 理事長 殿

上記のとおり証明します。

令和 年 月 日

事業所証明欄	事業所所在地	<b>事業所(パート・アルバイト先) 証明欄</b>
	電話番号	
	事業所名称	
	代表者(責任者)	

# 雇用条件証明書

氏名		生年月日	昭和 平成	年	月	日
雇用形態	社員 ・ パートアルバイト ・ 派遣社員 ・ その他( )					
雇用期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日 ※ 実際の勤務開始日ではなく、雇用契約期間を記入					
勤務時間	①	時 分 ~ 時 分	(実働	時間)	(1ヵ月平均	日間)
	②	時 分 ~ 時 分	(実働	時間)	(1ヵ月平均	日間)
	※②は勤務時間が複数ある場合に記入					
給与	月給 ・ 日給 ・ 時間給 ( 円) / 賞与 ( 円 / 年)					
交通費	1ヵ月あたり( 円) / 支給なし					
健康保険	加入している / 加入していない					

SUMIグループ健康保険組合 理事長 殿

上記のとおり証明します。

令和 年 月 日

事業所証明欄	事業所所在地
	電話番号
	事業所名称
	代表者(責任者)