健康保険　　被保険者育児休業期間収入有無見込み証明

＝＝＝子供の出生時 被扶養者再認定審査のための追加書類＝＝＝

常務理事	事務長	係員	担当者

提出者記入欄		
令和　　年　　月　　日		
事業所所在地	〒　　-	
事業所名　称		
事業主氏　名	㊞	
電話番号	（　　）	

担当者印

健保受付印

被保険者記号	被保険者番号	出産した方の氏名	（氏）	（名）	配偶者	（氏）	（名）

HOYA健康保険組合理事長殿

下記、子供の出生時の被扶養者認定に係る証明書類として見込む額を提出します。

なお、下記証明は、弊社規定に基づいて証明しております。

金額については予定であり確定ではありません。

育児休業期間	令和　　年　　月　　日	～	令和　　年　　月　　日	予定	給与支払予定額	円
					賞与支払予定額	円

※育児休業を取得する場合に提出してください。

※無給の場合は、0円と記載してください。

※有給の場合は、各月の支給額を別紙で添付してくださ

令和4年4月1日現在