

育児休業等取得時収入見込額証明書(夫婦共同扶養申請時用)

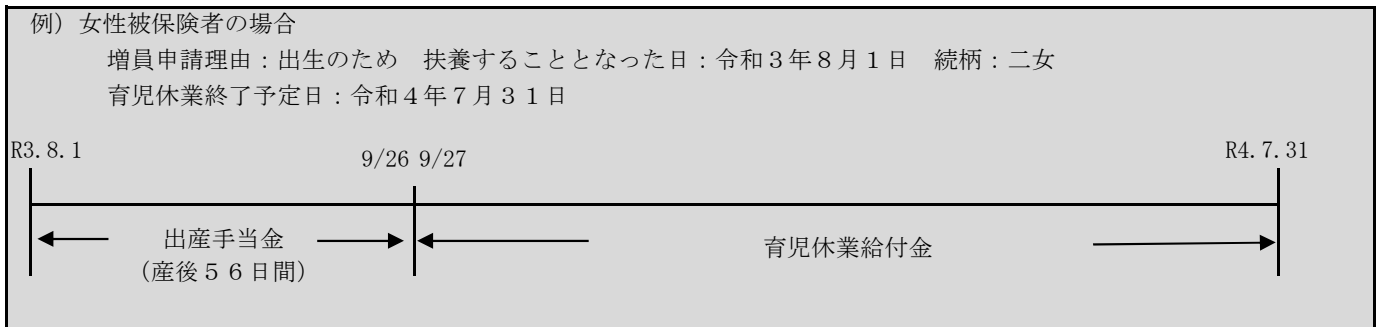
I H I グループ健康保険組合 行

会 社 名		担当者氏名	
住 所		担当者電話 (内 線)	
電 話		記入年月日 (和暦)	年 月 日

下記のとおり育児休業等の取得(予定)していることを証明します。

被保険者氏名			
出産手当金 支給期間(予定)	(和暦)	年 月 日 から	(和暦) 年 月 日 まで
出産手当金 支給金額(予定)	約		円
育児休業給付金 支給期間(予定)	(和暦)	年 月 日 から	(和暦) 年 月 日 まで
育児休業給付金 支給金額(予定)	約		円
その他収入 (手当・賞与等)	約		円 (種類:)
備 考			

以 上



【注意事項】

- ・勤務先にて証明をお願いします。
- ・夫婦共同扶養の場合において、育児休業等を取得している場合、今後一年間の収入額(予定)を記入してください。
- ・夫婦ともに育児休業等を取得する場合は、それぞれにつき1枚ずつ提出をお願いします。
- ・記入内容について、別途問い合わせまたは必要書類の提出をお願いすることがあります。

受付日付印