

労働条件等証明書(令和4年度調査用)

※被扶養者として認定されている期間のみ必要

※扶養手当の支給対象となっている学生は、原則、提出不要です。(共済組合から別途求めた場合は、提出が必要)

勤務者	氏名	住所			
雇用開始年月日	年 月 日				
最新(最終)の労働条件の内容	期 間	年 月 日 ~ 年 月 日		<input type="checkbox"/> 期間の定めなし	
	社会保険等	健康保険：無・有(期間 ~)		雇用保険：無・有	
	勤務時間等 (休憩時間を除く)	1日の勤務時間	時間(週・月 日勤務)	<input type="checkbox"/> シフト制	1か月最大
			時間(週・月 日勤務)	<input type="checkbox"/> 上限の定めなし	時間勤務 (日給の場合) 最大 日勤務
			時間(週・月 日勤務)		
所定外労働等	所定外労働：有・無 休日労働：有・無				
賃 金 等	基本賃金	諸手当	支払日	賞与(有・無)	
	時給・日給・月給 (円)	(手当 円) (手当 円)	当月・翌月 (日)	支払月 及び 支払額	
その他 補 足 等	※ 労働時間や賃金に上限の定めがある場合は詳細を記入				
退職年月日	年 月 日				

※ 上欄に契約内容等を書けないときは、別紙等で詳細な内容を証明してください。

雇用契約、請負契約等を交わしている場合は、その写し(任用通知書も含む)を添付することで証明に代えられる場合があります。

給与等の支払状況…支払月に支払った諸手当を含む総支給額を記入(ただし通勤手当の非課税分を除く)					
支払月	支払額(給与等)	(賞与等)	支払月	支払額(給与等)	(賞与等)
令和3年1月	円	円	令和4年1月	円	円
2月	円	円	2月	円	円
3月	円	円	3月	円	円
4月	円	円	4月	円	円
5月	円	円	5月	円	円
6月	円	円	6月	円	円
小計	円		小計(B)	円	
7月	円	円	ある 場合 のみ 記入	7月	円
8月	円	円		8月	円
9月	円	円		9月	円
10月	円	円		10月	円
11月	円	円		11月	円
12月	円	円	12月	円	円
小計(A)	円		(A) + (B)		円

上記の記載事項は、事実と相違ないことを証明します。

令和 年 月 日

事業所所在地

事業所名

事業主氏名

印

電話番号(問合先)

(お問い合わせ) 山口県市町村職員共済組合 保険課資格担当 TEL:083-925-6142

記入例はこちら ➡ <https://kyosai-yamaguchi.jp/upfile/doc1/YS224.pdf>

「労働条件等証明書」について

当共済組合の被扶養者が、被扶養者となる要件を満たしているか確認するため、労働条件および給与額等を調査します。被扶養者の勤務先へ「労働条件等証明書」を提出し、記入および証明を受けてください。

※ 共済組合では過去に提出された「給与等の支払状況」の内容を管理していますので、これまでに共済組合へ提出済の期間の支払月及び支払金額等については、今回の調査における証明の提出を省略できます。

「労働条件等証明書」記入方法

記入について

氏名と住所以外の欄は証明者（事業主等）が記入・証明してください。

労働条件について

共済組合から指定がある場合を除き、最新の内容を記入してください。（支払状況で証明する金額が労働条件と対応している必要はありません。）

勤務時間等について

労働時間や賃金に上限の定めがある場合は、その内容を必ず「その他補足等」欄に記入してください。シフト制で勤務時間が一定でない場合や、上限の定めがない場合は、1か月の最大勤務時間等を記入してください。

賞与について

賞与の支払いがあるときは、「有」に○をし、「支払月及び支払金額」欄に詳細を記入してください。

支払月が決まっていないときは、「年額●●円」として賞与の合計額を記入してください。

支払金額が変動する場合は、次のうち、いずれかあてはまる内容を記入してください。

- ①賞与額の上限の定めがあれば、「最大●●円」等、上限額を記入
- ②上限の定めがない場合は、見込額を記入
- ③そのほかの場合は、その内容を記入

給与等の支払い状況について

証明日までの期間において、支払月に支払った諸手当を含む総支給額（非課税の通勤手当等を除く）を記入してください。（例・6月勤務分の給与を7月に支払っている場合は、7月の欄に記入）

新型コロナウイルス感染症に伴う対応のため、労働条件等では想定していなかった事情で一時的に支払額が増加した場合

「その他補足等」欄に、「令和4年●●月～●●月給与（賞与）は、新型コロナウイルス感染症対応により増加」と記載してください。

ただし、新型コロナウイルス感染症のワクチン接種業務に従事するために一時的に雇用の契約を行った方については、別途申立書を提出する必要がありますので、共済組合保険課資格担当へご連絡ください。

*** 記入例を「山口県市町村職員共済組合ホームページ」に掲載しています ****

トップページ下部「各種請求用紙/詳細はこちら」→各種請求用紙のページ「労働条件等証明書」記入例アイコン

ご不明な点は [山口県市町村職員共済組合 保険課 資格担当](#)へお問い合わせ

ください（TEL083-925-6142）

組合員及び被扶養者の皆様へ（共済だより4月特別号より抜粋。ホームページからもご覧になれます。）

被扶養者の収入が給与収入のみの場合で、次の条件に合致するときは被扶養者資格取消となります。取消となる場合は、速やかに被扶養者申告書（取消）により手続きをしてください。

1. 労働条件上の給与月額が108,334円以上のとき、または労働条件上の給与等の年額が130万円以上になることが見込まれる場合 →就職日または労働条件変更日から取消し
2. 1以外の場合で、連続する12か月の給与所得の合計が130万円以上となったとき →130万円以上となった月の初日から取消し
3. 1以外の場合で、給与等の額が3か月連続で108,334円以上となったとき →連続して108,334円以上となった最初の月の初日から取消し
勤務開始当初からの給与等が3か月以上連続して108,334円以上となるとみなされる場合は、就職日または労働条件変更日から取消し

注1) 給与収入には、非課税の交通費は含みません。

注2) そのほかの収入（年金収入、事業収入等）がある場合は、資格取消となる金額が異なります。

注3) 新型コロナウイルス感染症への対応に伴い、労働条件等では想定していなかった事情による一時的な収入増加と認められる場合は、上の2及び3に合致しても直ちに被扶養者資格取消しとならない場合があります。該当の可能性のある方は共済組合保険課資格担当へお問合せください。（TEL083-925-6142）