

本証明書は大阪府及び共済組合において扶養認定の要件確認のために使用します。  
事業者様にて記入・証明をお願いいたします。  
※内容について担当者様に確認のためご連絡させていただく場合がございます。

大阪府 庁総務部総務サービス課福利厚生・認定G  
TEL:06-6941-0351 (内線)4153・2156

参考様式

## 扶養手当等非支給証明書

住 所  
職 名  
氏 名  
生年月日

上記の者の(続柄) 氏名 (生年月日 )

について、下記のとおり相違ないことを証明する。

### 記

- 1 扶養手当を支給していない。
- 2 児童手当を支給していない。
- 3 健康保険(共済組合)の扶養親族になっていない。
- 4 所得税法上の扶養控除を受けていない。

年 月 日

【 証 明 者 】

事業所所在地

事業所名称

代表者 職・氏名

電 話 番 号

(担当者名)

本証明書は大阪府及び共済組合において扶養認定の要件確認のために使用します。  
事業者様にて記入・証明をお願いいたします。  
※内容について担当者様に確認のためご連絡させていただく場合がございます。

大阪府庁総務部総務サービス課福利厚生・認定G  
TEL:06-6941-0351 (内線)4153・2156

## 記入例

※事業者様へお渡してください。

## 扶養手当等非支給証明書

住 所 ○○市○○町○○番地  
職 名 事務員  
氏 名 大阪 花子  
生年月日 平成○○年○月○日

上記の者の(続柄) 長男 (氏名) 大阪 タロウ (生年月日 令和▲年■月●日 )  
について、下記のとおり相違ないことを証明する。

記

該当する項目に○をつけてください。

- ① 扶養手当を支給していない。
- 2 児童手当を支給していない。
- ③ 健康保険(共済組合)の扶養親族になっていない。
- 4 所得税法上の扶養控除を受けていない。

令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日

4月1日以降に証明をお願いします。

押印は省略可能ですが、  
内容について、確認のご  
連絡をさせていただく場  
合がございますのでご担  
当者名の記載をお願いします。

【証明者】

事業所所在地 大阪府大阪市●●区●●●●●●

事業所名称 株式会社 ■■■■

代表者 職・氏名 人事課長 ●●● ○○ 印

電 話 番 号 XX-XXXX-XXXX

(担当者名) 人事課 総務 ジロウ (内線 0001)