

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。

令和〇年〇月〇日

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)