

収入に関する申立書及び誓約書

サカイ引越センター健康保険組合 殿

記号：1141 番号：_____

被保険者 氏名：_____

被扶養者申請対象者 氏名：_____ 続柄：_____

【被扶養者申請対象者の収入区分】（該当区分の□に✓をご記入ください）

給与収入のみである

給与収入および他に収入がある（該当収入に○をつけてください）
（ 年金 ・ 失業給付 ・ 傷病手当金 ・ 配当 ・ 不動産収入 ）

【申立内容についての誓約】

被扶養者申請対象者の現在の収入について、上記のとおり申し立ていたします。

今後労働契約内容の変更（就労時間の増加等）・その他の収入が変動し、被扶養者認定基準を超える場合には速やかに扶養削除の手続きを行います。

申し立てと事実が相違していることが発覚した場合は、認定日に遡って資格喪失することを了承し、健康保険組合が負担した医療費7割分につきましては請求に基づき返還いたします。

上記の申立内容に相違ないことをここに誓約いたします。

令和 年 月 日

被保険者 氏名：_____ ㊞