

被扶養者についての念書

続柄 申請扶養者

私の（ ）（ ）について、下記に該当した場合は、健保組合へ連絡のうえ被扶養者届で扶養から削除することを確約いたします。

1. 雇用保険（公務員の方は退職手当金）、傷病手当金、出産手当金およびその他休業補償等の受給金額が日額 3,612 円（60 歳以上または障がい者は日額 5,000 円）以上を受給するに至った場合（削除日は受給開始日）
2. 勤労収入や年金*¹等すべての収入合計が月額 108,333 円*²（60 歳以上または障がい者の方は月額 149,999 円）を超えた、または超える見込みがついた場合

*1 年金には国民、厚生、企業、障害、共済、恩給、遺族、個人等すべての年金を含みます。

*2 130万円 ÷ 12カ月 = 108,334 円（60 歳以上または障がい者 180万円 ÷ 12カ月 = 150,000 円）

3. すべての収入が被保険者の年収の 1 / 2 を超える場合
4. 当組合の認定条件を満たさなくなった場合

※上記、1～4 が判明したときは、事由発生日（場合によっては認定日）まで遡って資格を削除し、健保組合が負担していた医療費についても返納することを了承いたします。

令和 年 月 日

被保険者証記号番号 _____

被保険者氏名 _____