

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日額が下表を超えた場合（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下表を超えた、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。
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

被扶養者の年齢など	年間収入	月額（給与・年金など）	日額（雇用保険の給付など）
19歳以上23歳未満（被保険者の配偶者を除く）※	150万円未満	125,000円未満	4,167円未満
60歳未満（19歳以上23歳未満を除く）	130万円未満	108,334円未満	3,612円未満
60歳以上または障害年金受給者	180万円未満	150,000円未満	5,000円未満

※年齢はその年の12月31日現在。

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

被保険者記号番号 —

被保険者氏名