

被扶養者認定にかかわる誓約書

申請日 年 月 日

【被保険者】

住 所 _____

氏 名 _____

【被扶養申請者】

住 所 _____

氏 名 _____

続 柄 被保険者の _____

現在、私は日額 3,612 円 (60 歳以上は 5,000 円) 未満の収入かつ被保険者の年収の 1/2 未満しかありませんので、被扶養者認定をお願いします。

なお、収入が日額 3,612 円 (60 歳以上は 5,000 円) 以上あるいは被保険者の年収の 1/2 以上となった場合は、被保険者がすみやかに被扶養者の削除申請を致します。

申請しなかった場合は、収入が超えた日以降に受けた医療給付等を返還致します。

三重交通健康保険組合

理事長 殿

※収入とは、残業代、通勤手当等を含み税金、社会保険料の控除前の給与ならびに社会保険(遺族年金、障害年金、老齢年金、傷病手当金、出産手当金等)、事業収入、不動産収入、配当金等、すべての収入をさします。