

日清紡健康保険組合 理事長 殿

## 扶養認定に関する念書

(収入限度内)

私 \_\_\_\_\_ は、 \_\_\_\_\_ の扶養認定に際して、当該被扶養者

の収入が非課税のもの（交通費等）を含め、月額 108,334円 を超過すると見込めるときは、その時点で直ちに被扶養者より削除する手続きをいたします。

また、その事実を申告しなかったために被扶養者としての加入資格が継続していた場合やその他事実と相違した申告・記載をした資料を提出して認定を受けた事が判明した場合は、被扶養者資格を取得日まで遡って削除されることを了承します。

その際、すでに受領した当該保険給付については、その全金額を返納します。

上記内容を理解し、証するため本書を提出します。

以 上

(和暦) 年 月 日提出

記号・番号 \_\_\_\_\_

〒 \_\_\_\_\_

住所 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

被保険者氏名 \_\_\_\_\_

被扶養者氏名 \_\_\_\_\_

**【注意】 この届出は同じものを2部作成し、1部をご本人控として大切に保管ください。**