

## 収入に関する誓約書

被保険者証	記号		被保険者氏名	
	番号			
該当する被扶養者	氏名	続柄	生年月日	
			S・H	年 月 日

健康保険被扶養者の資格要件について、下記の内容を確認し、誓約いたします。

### 《 確 認 事 項 》

1. 健康保険の年間収入の「年間」とは、税法上の1月～12月や、年度の4月～3月などのように、決まった期間ではありません。どの連続した12ヶ月間をとっても、収入が130万円未満、月額平均では108,334円未満(60歳以上の方または60歳未満でも障害年金がもらえる程度の心身に重い障害のある方は、収入が180万円未満、月額平均では150,000円未満)であることが、要件となります。
2. 健康保険における収入とは、所得税法上の課税か非課税かの区別はありません。例えば、給与収入の場合は、交通費も含む、税引き前の総支給額になります。税引き後の差引支給額(手取り額)ではありません。

### 《 誓 約 内 容 》

1. 年間収入が130万円(60歳以上の方または60歳未満でも障害年金がもらえる程度の心身に重い障害のある方は、180万円)を超えると見込まれるときなど、被扶養者の要件からはずれた際は、速やかに扶養削除の手続きを行います。
2. 後日、年間収入が130万円(60歳以上の方または60歳未満でも障害年金がもらえる程度の心身に重い障害のある方は、180万円)を超えていたことが判明した場合、超えた月まで遡って扶養削除の手続きを行います。
3. 上記2. に該当した場合は、その間の被扶養者の医療費(7割分)、家族出産一時金・付加金や高額療養費・付加金などの各種給付金、人間ドックや健保共同健診の健診費を全額返納いたします。

平成 年 月 日

被保険者 住所 .....

氏名 .....

印

※誓約書の為、必ず印鑑を押して下さい。

事業所	所在地	〒
	名称	
事業主氏名		印