

念 書

調書対象者

_____の健康保険の被扶養者調書につきまして、直近 3 ヶ月の給与明細では月平均 108,333 円を超えておりますが、本年_____年の収入を必ず 130 万円未満に抑えますので、削除の保留をお願いします。

以下の内容を遵守することを、本書面をもってお約束いたします。

1. 令和_____年の収入を必ず 130 万円未満に抑えます。
2. 令和_____年分「源泉徴収票」を来年 1 月末日までに提出します。
3. 連絡なく「源泉徴収票」の提出が遅れた場合や 130 万円以上の場合は、速やかに本年 8 月 1 日付で被扶養者削除届を提出します。

その場合、8 月 1 日以降の健康保険組合負担分の医療費は全額返納いたします。

令和 年 月 日

記号・番号 16 _____

住 所 〒 _____

被保険者氏名 _____