

シミックグループ健康保険組合 理事長 殿

誓約書

下記家族を健康保険の被扶養者として申請するにあたり、以下のとおり誓約いたします。

記

1. 現在、被扶養者の収入は130万円未満(60歳以上の人または障害年金受給者は180万円未満、19歳以上23歳未満の人(被保険者の配偶者除く)は150万円未満)であり、雇用保険の失業給付も受給しません。今後、雇用保険を受給する場合は、受給日額3,612円以上(60歳以上または障害年金受給者は、5,000円以上、19歳以上23歳未満は4,167円以上)は受給後速やかに、被扶養者から外す手続きをします。
2. 被扶養者の年収は被保険者の年収の半分未満であること。
3. 事実と相違した内容があった場合は、遡って被扶養者資格が取消されても異議ありません。その場合、取消される期間中に受けた被扶養者に係る保険給付の全額を速やかに返還します。
4. 被扶養者の認定基準から外れた場合は、速やかに被扶養者資格削除の手続きを行います。

記入年月日 令和 年 月 日

被保険者等	記号	番号
-------	----	----

申請対象者氏名 (続柄)

被保険者氏名