

念 書

健康保険の被扶養者登録における収入基準について

このたび、貴健保組合の被保険者_____の被扶養者として登録することについて、登録希望者は、健康保険法の収入基準を超えることのないことを申し立て致します。

尚、この申し立てに相違があった場合には、登録日から使用した医療費については即返却することを誓約致します。

また、収入基準を超える恐れがある場合は、事前に手続き致します。

収入基準	60歳未満…	109,000 円/月 未満	}
		1,300,000 円/年 未満	
}	60歳以上…	150,000 円/月 未満	}
		1,800,000 円/年 未満	

平成 年 月 日

ご署名

(加入希望者)

依頼者

被扶養者

印

被保険者