

リンナイ健康保険組合理事長 殿

被扶養者の収入に関する念書

私は、扶養申請者_____（続柄：_____）の収入について健康保険法の収入基準である年間収入 130 万円（月額 108,334 円）未満であることを申し出ます。※

万が一、上記金額を超えた場合は、速やかに扶養削除の手続きをいたします。

尚、届出義務を怠ったり、事実と異なる届出を行っていたことが判明した場合は、遡って被扶養者の認定を取消されることを同意いたします。その際、取消日以降に貴健康保険組合から受けた保険給付費等は全額返還いたします。

※60 歳以上・障害年金受給者：年間収入 180 万円（月額 150,000 円）
被保険者の配偶者を除く 19 歳以上 23 歳未満：年間収入 150 万円（月額 125,000 円）

令和 年 月 日

被保険者等記号一番号： _____

被保険者氏名： _____