宛：azbilグループ健康保険組合　殿

***誓　約　書***

被扶養者として申請しましたは、現在または将来においても収入が健康保険組合の認定基準額（※）未満であることに相違ありません。

将来、収入が健康保険組合の認定基準額以上になった場合、または、失業保険給付の基本手当日額が3,611円を超えて失業保険受給開始となった場合は、直ちに被扶養者から削除致します。

万一、削除が遅れ貴健康保険組合の保険証を使用した場合は、貴健康保険組合の負担額を速やかに「一括支払い」にて返還致します。

※健保被扶養者認定基準額

* 収入が年間130万円未満　（月額 108,333円）
* 60歳以上と障害者　年間180万円未満　（月額150,000円）

上記の通り、誓約いたします。　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　　年月日

　　　　　　　　　　　　　　　　　（社員本人）

保険証番号　-　　　　　　　　　　　　　　　被保険者署名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

注：印は認印（シャチハタ不可）

【現況届（被扶養者として申請したご家族についてご記入ください）】

※**原則、以下≪１≫～≪３≫全てご記入ください。 （該当するもの全てに☑してください）**

※≪１≫について、該当するものがない場合は、≪１≫は記入せず「■その他」欄へご記入下さい。

≪１≫　　申請理由

□　離職した　（離職日　　　　年　　　月　　　日）

□　雇用保険　（　　□ 未加入　　　・　　□ 予定なし　　・　　□ 予定あり　　・　　□ 延長後予定あり　）

・ 延長後予定ありの方　（理由：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

・ 傷病手当・出産手当金　（ 　□ 受給なし　　　・　　　□ 受給あり　　　　　　 　　　 円）

□　社会保険受給終了のため　（　□雇用保険　・　□傷病手当金　・　□出産手当金　）

　　※雇用保険受給資格者証全ページ(写)、または支給決定通知書の（写）を添付してください。

□　雇用形態変更により収入が減ったため（雇用契約書（写）、健康保険喪失証明書を添付）

□　任意継続による再加入のため

（ ≪３≫は記入不要。被扶養者として申請したご家族の収入証明等を添付してください。）

≪２≫　　現在の収入状況　　　□収入なし　・　□収入あり　月収（概算）：　　　　　　　円

「収入あり」の場合は下記該当するものに☑をしてください。

　 □年金収入のみ ・ □給与（パート等）収入のみ ・ □年金と給与収入 ・ □他の収入（　　　　　　　）

≪３≫　現在の健康保険の加入状況（任意継続、他の健康保険組合は資格喪失証明書を添付）

（　□ 国民健康保険　・ □ 前加入健保の任意継続　・ □ 他の健康保険組合　・ □ 未加入　）

■その他（具体的に記入して下さい）

2022/3/1