日野自動車健康保険組合 御中

被扶養者資格削除に関する確約書

1	被扶養者(家族)氏名	
2	扶養しなくなった理由 (該当するものに☑)	□ 就職　□ 離婚　□ 結婚 □ 死亡　□ 雇用保険受給　□ 海外居住 □ 年収または月収増加(年収130万円以上 or 月収10万8334円以上) ＊60歳以上の方は年収180万以上 or 月収15万円以上 □ 夫婦の年間収入逆転による子の扶養異動 □ その他(　　)
3	被扶養者でなくなった日	令和　　年　　月　　日 【該当する日をご記入下さい。】 ■就職・・就職日　■離婚・・離婚日の翌日　■結婚・・婚姻日 ■死亡・・死亡した日の翌日　■雇用保険受給・・雇用保険受給者証の『受給開始日』 ■海外居住・・転出日の翌日　■年収または月収の増加・・収入が増えたら直ちに ■夫婦の年間収入逆転による子の扶養異動・・子が配偶者の加入している健康保険で資格を取得した日(または取得予定日)

上記記載内容に相違ありません。

被扶養者資格がなくなった日以降、日野健保から受けた保険給付金(健康保険を使って受診した等)をすべて返却いたします。

令和　　年　　月　　日

被保険者(本人)氏名　　印

確認欄	自署の場合は、押印を省略することができます。 ＊ただし、訂正があった場合は、省略不可 (←自署であるため、押印を省略する場合は、☑)
□	

確認欄	この届出については以下①又は②の要件を満たしたものである ①申請者本人(被保険者)が、自署以外で作成したものである。 ②記載内容について誤りがないか申請者本人が確認している。 (←事業主の証明により、押印を省略する場合は、☑)
□	

上記の通り相違ないことを証明します。　令和　　年　　月　　日

事業所所在地

事業所名称

事業主氏名　　㊞

R6.11改訂